





Policlínica Piquet Carneiro
Centro de Tratamento de Anomalias Craniofaciais - CTAC
Serviço de Fonoaudiologia

Avaliação Morfofuncional do Sistema Estomatognático

Nome:	Prontuário:	Avaliação: ___/___/___
Nascimento: ___/___/___	Idade:	Avaliação: () Pré-operatório () Pós-operatório ___ dias

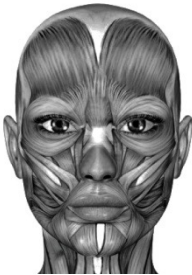
Diagnóstico:	
Tratamentos Anteriores:	
Queixa Principal no Momento:	

Aspecto Orofacial			
Edema () não se aplica 1 – Leve 2 – Moderado 3 – Severo		Cicatriz () não se aplica (/) Cicatriz	
Acesso Cirúrgico:		() Bloqueio Intermaxilar	Outros:

Avaliação da Dor	
Verbaliza queixa álgica? () Não () Sim: Onde? Qual situação?	
À apalcação (graduar segundo escala EVA 0-4):	
() Temporal D	() Temporal E
() Masseter D	() Masseter E
() Face D (região orbitária e zigomática)	() Face E (região orbitária e zigomática)
() Esternocleidomastoideo D	() Esternocleidomastoideo E
() Região Cervical D	() Região Cervical E
() Trapézio D	() Trapézio E
() Região Submandibular D	() Região Submandibular E
() Região Peitoral D	() Região Peitoral E
() ATM D (dentes em oclusão)	() ATM E (dentes em oclusão)
() ATM D (lábios vedados e dentes desocluidos)	() ATM E (lábios vedados e dentes desocluidos)
() ATM D (boca em abertura máxima)	() ATM E (boca em abertura máxima)

Características Faciais			
Face: () curta () média () longa			
Perfil: () reto () côncavo () convexo () biprotruso			
Terço: Superior: ___ mm	Médio: ___ mm Inferior: ___ mm		
Deformidade craniofacial / oclusão:			
Demais dados relativos à oclusão:			
() cruzada unilateral	() cruzada bilateral	() profunda	() sobremordida ___ mm
() aberta anterior: ___ mm	() aberta lateral: Lado: ___/___ mm	() aberta posterior: Lado: ___/___ mm	() sobressaliência ___ mm
Linha Média:	Dentária: () central () não-central – desvio predominante: _____		
	Esquelética: () central () não-central – desvio predominante: _____		

Avaliação Morfológica	

Musculatura	
Mímica Facial: 1. Paralisia 2. Paresia 3. Hipofunção 4. Mobiliza com tremor	<div style="text-align: center;">  </div> Língua: Mobilização 4 cantos: () Sim () Não _____ Protrusão (cinco segundos): _____ Função Velofaríngea: Mobilidade de Véu: () Sim () Restrita () Ausente Mobilidade de parede posterior: () Sim () Restrita () Ausente Mobilidade de parede lateral: () Sim () Restrita () Ausente
Mastigatórios: Temporais: () simétricos () assimétricos () ↑D () ↑E () não perceptíveis Masséteres: () simétricos () assimétricos () ↑D () ↑E () não perceptíveis	
Nódulos de tensão: () Sim () Não Nódulos de tensão: () Sim () Não	

Movimentos mandibulares		
() Paciente bloqueado ou ainda não pode realizar		
Amplitude interincisal máxima: _____ mm	Amplitude máxima corrigida: _____ mm	
Desvio: () Não () Sim → () ↑D () ↑E	Estalo: () Não () Sim → () ↑D () ↑E	Crepitação: () Não () Sim → () ↑D () ↑E
Lateralidade D: _____ mm	Lateralidade E: _____ mm	Protrusão: _____ mm

Funcionalidade	
Respiração:	
Mastigação:	
Deglutição:	
Fala:	
Voz:	
Hábitos deletérios:	

Conclusão e Conduta

Data:

Carimbo e Assinatura:
