
S.R. DA SAÚDE
Portaria n.º 9/2015 de 23 de Janeiro de 2015

A promoção e proteção das condições de saúde dos indivíduos, família e comunidade constituem os principais deveres do Serviço Regional de Saúde (SRS), cujo Estatuto foi aprovado pelo Decreto Legislativo Regional n.º 28/99/A, de 31 de julho, alterado pelo Decreto Legislativo Regional n.º 2/2007/A, de 24 de janeiro e pelo Decreto Legislativo Regional n.º 1/2010/A, de 4 de janeiro.

A Portaria n.º 93/2005, de 29 de dezembro, aprovou o Boletim Individual de Saúde Oral para os utentes do SRS, o qual constituiu-se, de acordo com as normas da Organização Mundial de Saúde (OMS), como um documento de registo e consulta de grande importância para os utentes e profissionais do SRS que permitiu colmatar a falta de informação da história clínica oral de cada indivíduo.

A alteração de orientações em matéria de saúde oral torna necessária a atualização do Boletim Individual de Saúde Oral, designadamente, o reajuste dos seus conteúdos.

Assim, manda o Governo Regional dos Açores, pelo Secretário Regional da Saúde, ao abrigo do disposto na alínea d) do n.º 1 do artigo 90.º do Estatuto Político-Administrativo da Região Autónoma dos Açores e do n.º 2 do artigo 1.º do Decreto Legislativo Regional n.º 28/99/A, de 31 de julho, com a redação que lhe foi dada pelo Decreto Legislativo Regional n.º 1/2010/A, de 4 de janeiro:

Artigo 1.º

Boletim Individual de Saúde Oral

É aprovado o Boletim Individual de Saúde Oral, cujo modelo é anexo à presente portaria e que dela faz parte integrante.

Artigo 2.º

Impressão e menções

O Boletim Individual de Saúde Oral é impresso em formato A5, tendo na capa a inscrição “Boletim Individual de Saúde Oral”, um logótipo com a expressão “SAÚDE ORAL AÇORES” e na contracapa o símbolo da Região Autónoma dos Açores e as menções à Secretaria Regional da Saúde e à Direção Regional da Saúde.

Artigo 3.º

Revogação

É revogada a Portaria n.º 93/2005, de 29 de dezembro.

Artigo 4.º

Entrada em vigor

A presente portaria entra em vigor no dia seguinte à sua publicação.


Secretaria Regional da Saúde.


Assinada em 16 de janeiro de 2015.

O Secretário Regional da Saúde, *Luís Mendes Cabral*.

ANEXO

COLOQUE AQUI
O BOLETIM DE SAÚDE
INFANTIL E JUVENIL E
O BOLETIM DE VACINAS


Governo dos Açores
Secretaria Regional da Saúde
Direção Regional da Saúde


plano regional da
SAÚDE AÇORES

**BOLETIM
INDIVIDUAL
DE SAÚDE
ORAL**

**SAÚDE
ORAL
AÇORES**

PARA OS PAIS

- Este Boletim Individual de Saúde oral contém informações muito importantes respeitantes à saúde oral do vosso filho, que completam as do Boletim Individual de Saúde.
- Não perca nem estrague os boletins de saúde.
- Nunca se esqueça de levar os Boletins consigo quando tiver que ir ao seu médico, médico dentista, ao Centro de Saúde, às consultas hospitalares e no momento das hospitalizações.
- Coloque-o junto ao Boletim Individual de Saúde.
- Preencha cuidadosamente o Boletim do seu filho.

PARA OS PROFISSIONAIS DE SAÚDE

- Nunca se esqueça de pedir o Boletim Individual de Saúde Oral.
- Preencha conscienciosa e cuidadosamente o Boletim.
- Os índices, os códigos e os critérios de diagnóstico a utilizar são os preconizados pela Organização Mundial de Saúde (OMS) e encontram-se descritos nas últimas páginas deste Boletim Individual de Saúde Oral.
- Informem os pais e os utentes da importância do Boletim Individual de Saúde Oral.

PARA OS UTENTES / UTILIZADORES

- Preencha cuidadosamente o seu Boletim.
- Não perca este Boletim.
- Tenha-o sempre em dia.

Edição de 2014
Portaria / , de de
da Secretaria Regional de Saúde

região autónoma dos açores | telar dos remédios | telar 295 204 200 | stordri@acors.gov.pt
secretaria Regional de Saúde | 970-805 1000 do hospital | fax: 295 204 212 | www.acors.gov.pt

A nossa boca é muito importante, temos a obrigação de cuidar bem dela.

Devemos ser sempre amigos dos nossos dentes.

Menos um dente menos saúde.

Ser prudente, evitar acidentes e traumatismos por distração.

Observar os nossos dentes todos os dias.

Escovar os dentes sempre antes de deitar e depois do pequeno-almoço.

Lavar sempre a língua.

Usar uma pasta dentífrica com flúor.

Usar o fio dentário pelo menos uma vez por dia.

A nossa alimentação deve ser simples, variada e equilibrada.

Mastigar bem os alimentos.

Evitar comer muitos doces.

Cuidado com os alimentos açucarados mais aderentes.

É preciso dizer- "Não obrigado" - à oferta de doces fora das refeições.

O flúor protege os dentes.

Se temos problemas na nossa boca devemos procurar o nosso médico

dentista.

Evitar tirar dentes, pois não há terceira dentição.

Visitar o nosso dentista, pelo menos, uma vez por ano.

Antes prevenir do que remediar.

É muito importante viver com dentes.

Identificação

Cartão de Utente N° _____

Nome _____

Data de Nascimento ____/____/____

Filiação _____

e de _____

Naturalidade _____

Residência _____

Freguesia _____

Concelho _____

Ilha _____

Profissão _____



Período da erupção dos dentes decíduos

0 aos 3 Anos

DATA DA ERUPÇÃO DOS DENTES DE LEITE

Diagram showing the eruption dates for primary teeth (deciduous teeth) in the upper and lower arches. The teeth are numbered 51-65 (upper arch) and 85-71 (lower arch). Each tooth has a box for recording the eruption date. Some boxes are already filled with 'X' or 'Y'.

AMAMENTAÇÃO - Até ao ____ mês

BIBERÃO - Início ao ____ mês e fim aos ____ anos de idade.

	1 Ano		2 Anos		3 Anos	
	SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM	NÃO
Usa chupeta						
Chupa no polegar						
Chupa nos dedos						
Morde as bochechas						
Rói as unhas						
Range os dentes						
Traumatismos						
Outras						

Período da erupção dos dentes

FLÚOR DA ÁGUA NA ÁREA DA SUA RESIDÊNCIA

Ilha _____ Concelho _____ Freguesia _____

CONCENTRAÇÃO DO IÃO FLÚOR NAS ÁGUAS _____ mg/L

Ilha _____ Concelho _____ Freguesia _____

CONCENTRAÇÃO DO IÃO FLÚOR NAS ÁGUAS _____ mg/L

Ilha _____ Concelho _____ Freguesia _____

CONCENTRAÇÃO DO IÃO FLÚOR NAS ÁGUAS _____ mg/L

ADMINISTRAÇÃO DE FLÚOR

Idade: 0 - 1 _____ R/ _____

Idade: 1 - 2 _____ R/ _____

Idade: 2 - 3 _____ R/ _____

Idade: 3 - 6 _____ R/ _____

Idade: 6 - 9 _____ R/ _____

Idade: 9 - 12 _____ R/ _____

Idade: 12 - 18 _____ R/ _____

Registo de Saúde Oral aos 3 Anos

DENTES DECÍDUOS

55	54	53	52	51	☼	61	62	63	64	65
					▶					
☼	☼	☼	☼	☼	*	☼	☼	☼	☼	☼
					▶					
85	84	83	82	81	☼	71	72	73	74	75

CÁRIE DENTÁRIA ▶ cariados = ___ perdidos = ___ obturados = ___ cpod = ___

TOTAL DE DENTES DECÍDUOS EXAMINADOS = ___

FLUOROSE DENTÁRIA ▶ GRAU = ___

GENGIVA ▶ NORMAL GENGIVITE EDEMA FÍSTULA

MUCOSA ▶ NORMAL COM ALTERAÇÕES

LÍNGUA ▶ NORMAL MACROGLOSSIA MICROGLOSSIA
 GEOGRÁFICA SABURROSA

RESPIRAÇÃO ▶ NASAL BUCAL

MASTIGAÇÃO ▶ NORMAL UNILATERAL

MÁ OCLUSÃO ▶ NENHUMA LEVE SEVERA

HIGIENE ORAL ▶ BOA REGULAR MÁ MANCHAS NEGRAS
 TÁRTARO

Data do Exame Clínico = ___ de _____ de 20___ Examinador _____

Período dos 3 aos 6 Anos

DATA	Órgão	TRATAMENTOS	Profissional de Saúde Oral

Registo de Saúde Oral aos 6 Anos

DENTES PERMANENTES E DENTES DECÍDUOS

16	15	14	13	12	11	☀	21	22	23	24	25	26
	•	•	•			▶			•	•	•	
■	55	54	53	52	51	☀	61	62	63	64	65	■
•						▶						•
☀	○	☀	○	☀	○	*	○	☀	○	☀	○	☀
•						▶						•
■	85	84	83	82	81	☀	71	72	73	74	75	■
	•	•	•	•	•	▶	•	•	•	•	•	
46	45	44	43	42	41	☀	31	32	33	34	35	36

CÁRIE DENTÁRIA ▶ cariados = ___ perdidos = ___ obturados = ___ cpod = ___

CÁRIE DENTÁRIA ▶ cariados = ___ perdidos = ___ obturados = ___ CPOD = ___

TOTAL DE DENTES DECÍDUOS EXAMINADOS = ___

TOTAL DE DENTES PERMANENTES EXAMINADOS = ___

FLUOROSE DENTÁRIA ▶ GRAU = ___

GENGIVA ▶ NORMAL GENGIVITE EDEMA FÍSTULA

MUCOSA ▶ NORMAL COM ALTERAÇÕES

LÍNGUA ▶ NORMAL MACROGLOSSIA MICROGLOSSIA

GEOGRÁFICA SABURROSA

RESPIRAÇÃO ▶ NASAL BUCAL

MASTIGAÇÃO ▶ NORMAL UNILATERAL

MÁ OCLUSÃO ▶ NENHUMA LEVE SEVERA

HIGIENE ORAL ▶ BOA REGULAR MÁ MANCHAS NEGRAS

TÁRTARO

Data do Exame Clínico - ___ de _____ de 20___ Examinador _____

Período dos 6 aos 9 Anos

DATA	Órgão	TRATAMENTOS	Profissional de Saúde Oral

Registo de Saúde Oral aos 9 Anos

DENTES PERMANENTES E DENTES DECÍDUOS

16	15	14	13	12	11	☼	21	22	23	24	25	26
						▶						
■	55	54	53	52	51	☼	61	62	63	64	65	■
●						▶						●
●						▶						●
☼	○	☼	○	☼	○	*	○	☼	○	☼	○	☼
●						▶						●
●						▶						●
■	85	84	83	82	81	☼	71	72	73	74	75	■
						▶						
						▶						
46	45	44	43	42	41	☼	31	32	33	34	35	36

CÁRIE DENTÁRIA ▶ cariados = ___ perdidos = ___ obturados = ___ cpod = ___

CÁRIE DENTÁRIA ▶ cariados = ___ perdidos = ___ obturados = ___ CPOD = ___

TOTAL DE DENTES DECÍDUOS EXAMINADOS = ___

TOTAL DE DENTES PERMANENTES EXAMINADOS = ___

FLUOROSE DENTÁRIA ▶ GRAU = ___

GENGIVA ▶ NORMAL GENGIVITE EDEMA FÍSTULA

MUCOSA ▶ NORMAL COM ALTERAÇÕES

LÍNGUA ▶ NORMAL MACROGLOSSIA MICROGLOSSIA

GEOGRÁFICA SABURROSA

RESPIRAÇÃO ▶ NASAL BUCAL

MASTIGAÇÃO ▶ NORMAL UNILATERAL

MÁ OCLUSÃO ▶ NENHUMA LEVE SEVERA

HIGIENE ORAL ▶ BOA REGULAR MÁ MANCHAS NEGRAS

TÁRTARO

Data do Exame Clínico = ___ de _____ de 20___ Examinador _____

Período dos 9 aos 12 Anos

DATA	Órgão	TRATAMENTOS	Profissional de Saúde Oral

Registo de Saúde Oral aos 12 Anos

DENTES PERMANENTES E DENTES DECÍDUOS

17	16	15	14	13	12	11	☼	21	22	23	24	25	26	27
							▶ ◀							
■	■	55	54	53	52	51	☼	61	62	63	64	65	■	■
●	●						▶ ◀						●	●
○	☼	○	☼	○	☼	○	*	○	☼	○	☼	○	☼	○
●	●						▶ ◀						●	●
■	■	85	84	83	82	81	☼	71	72	73	74	75	■	■
							▶ ◀							
47	46	45	44	43	42	41	☼	31	32	33	34	35	36	37

CÁRIE DENTÁRIA ▶ cariados = ___ perdidos = ___ obturados = ___ CPOD = ___

TOTAL DE DENTES PERMANENTES EXAMINADOS = ___

FLUOROSE DENTÁRIA ▶ GRAU = ___

GENGIVA ▶ NORMAL GENGIVITE EDEMA FÍSTULA

MUCOSA ▶ NORMAL COM ALTERAÇÕES

LÍNGUA ▶ NORMAL MACROGLOSSIA MICROGLOSSIA

GEOGRÁFICA SABURROSA

RESPIRAÇÃO ▶ NASAL BUCAL

MASTIGAÇÃO ▶ NORMAL UNILATERAL

MÁ OCLUSÃO ▶ NENHUMA LEVE SEVERA

HIGIENE ORAL ▶ BOA REGULAR MÁ MANCHAS NEGRAS

TÁRTARO

Data do Exame Clínico - ___ de _____ de 20___ Examinador _____

Período dos **12** aos **18** Anos

DATA	Órgão	TRATAMENTOS	Profissional de Saúde Oral

Registo de Saúde Oral aos 18 Anos

DENTES PERMANENTES

18	17	16	15	14	13	12	11	☼	21	22	23	24	25	26	27	28
								▶								
■	■	■	55	54	53	52	51	☼	61	62	63	64	65	■	■	■
●	●	●						▶						●	●	●
☼	☼	☼	☼	☼	☼	☼	☼	*	☼	☼	☼	☼	☼	☼	☼	☼
●	●	●						▶						●	●	●
■	■	■	85	84	83	82	81	☼	71	72	73	74	75	■	■	■
								▶								
48	47	46	45	44	43	42	41	☼	31	32	33	34	35	36	37	38

ESTADO PERIODONTAL

16	11	26
46	31	36

CÁRIE DENTÁRIA ▶ cariados = ___ perdidos = ___ obturados = ___ CPOD = ___

TOTAL DE DENTES PERMANENTES EXAMINADOS = ___

FLUOROSE DENTÁRIA ▶ GRAU = ___

GENGIVA ▶ NORMAL GENGIVITE EDEMA FÍSTULA

MUCOSA ▶ NORMAL COM ALTERAÇÕES

LÍNGUA ▶ NORMAL MACROGLOSSIA MICROGLOSSIA

GEOGRÁFICA SABURROSA

RESPIRAÇÃO ▶ NASAL BUCAL

MASTIGAÇÃO ▶ NORMAL UNILATERAL

MÁ OCLUSÃO ▶ NENHUMA LEVE SEVERA

HIGIENE ORAL ▶ BOA REGULAR MÁ MANCHAS NEGRAS

TÁRTARO

Data do Exame Clínico - ___ de _____ de 20___ Examinador _____

A partir dos 18 anos

Período a partir dos 18 Anos

DATA	Órgão	TRATAMENTOS	Profissional de Saúde Oral

A partir dos 18 anos

Período a partir dos 18 Anos

DATA	Órgão	TRATAMENTOS	Profissional de Saúde Oral

A partir dos 18 anos

Período a partir dos 18 Anos

DATA	Órgão	TRATAMENTOS	Profissional de Saúde Oral

A partir dos 18 anos

Período a partir dos 18 Anos

DATA	Órgão	TRATAMENTOS	Profissional de Saúde Oral

A partir dos 18 anos

Período a partir dos **18** Anos

DATA	Órgão	TRATAMENTOS	Profissional de Saúde Oral

Critérios e códigos de diagnóstico

CÁRIE DENTÁRIA - ÍNDICE: CPOD

Números: Dentição Permanente - **Letras:** Dentição Decídua

- 0 (A)** **DENTE HÍGIDO** - Quando não apresenta clinicamente vestígios de cárie tratada, ou não.
- 1 (B)** **DENTE CARIADO** - Quando uma lesão num sulco, fissura ou superfície lisa (vestibular ou lingual) apresentar tecido amolecido na base, descoloração do esmalte ou de parede, ou possuir uma restauração temporária.
- 2 (C)** **DENTE OBTURADO COM CÁRIE** - Quando possui uma ou mais restaurações e, ao mesmo tempo, uma ou mais áreas cariadas. Não há distinção entre cáries primárias e secundárias, ou seja, se as lesões estão, ou não, em associação física com a(s) restauração(ões).
- 3 (D)** **DENTE OBTURADO SEM CÁRIE** - Quando uma ou mais restaurações definitivas estiverem presentes sem existir cárie primária ou recorrente. Um dente com coroa devido a outras causas como trauma, ou como suporte de prótese, é codificado como excluído.
- 4 (E)** **DENTE PERDIDO POR CÁRIE** - utilizada quando um elemento da dentição permanente ou temporária foi extraído por causa de cárie. Para dentição temporária, este código deve ser aplicado apenas quando o indivíduo estiver numa faixa etária na qual a esfoliação normal não constitui justificativa suficiente para a ausência.
- 5** **DENTE PERMANENTE PERDIDO POR OUTRA RAZÃO QUE NÃO SEJA CÁRIE - PERDIDO POR OUTRAS RAZOES** - Quando a ausência for motivada por razões ortodônticas, periodontais, ou for congênita.
- 6 (F)** **SELANTE OU VERNIZ** - Para os casos em que um selante de fissura foi colocado, ou quando a fissura oclusal foi alargada para receber um compósito. Se o dente possui selante e está cariado, deve ser codificado como 1 ou B (cárie).
- 7 (G)** **APOIO DE PONTE OU COROA** - Indica um dente que é parte de uma prótese fixa. Este código pode ser usado para coroas por outras razões que não a cárie. Cabe frisar que dentes extraídos e substituídos por um elemento de ponte fixa são codificados como 4 ou 5. Anotar aqui apenas os dentes que servem de pilares para pontes.
- 8** **DENTE NÃO ERUPCIONADO** - Restrito à dentição permanente e desde que não exista dente temporário no espaço livre.
- T** **TRAUMATISMO** - Uma coroa fraturada é quando parte da sua superfície está ausente como resultado de um traumatismo, mas sem evidência de cáries.
- 9** **DENTE EXCLUÍDO** - Aplicado a qualquer dente que não possa ser examinado.

Critérios e códigos de diagnóstico

FLUOROSE DENTÁRIA - ÍNDICE: DEAN

- 0** **NORMAL** - Dente sem fluorose.
- 1** **QUESTIONÁVEL** - Pequenas manchas no esmalte difíceis de discernir e raras.
- 2** **MUITO LEVE** - Pequenas áreas brancas opacas, branco porosas em alguns dentes sem envolver mais do que 25% da superfície.
- 3** **LEVE** - Áreas mais extensas, porém sem envolver mais do que 50% da superfície dentária.
- 4** **MODERADO** - A maior parte das superfícies de esmalte são atingidas, há desgaste nítido nas superfícies sujeitas ao atrito, aparecendo manchas castanhas ou amareladas.
- 5** **GRAVE** - Todas as superfícies são atingidas afectando a morfologia dentária. Existem depressões isoladas ou confluentes; manchas castanhas em muitos lugares. Aspeto corroído do esmalte.
- Nota:** O registo é baseado nos dois dentes mais afectados, ou seja o grau atribuído deve aplicar-se a dois dentes.

Estado Periodontal - ÍNDICE: IPC (Índice Periodontal Comunitário)



- 0** **HÍGIDO**
- 1** **SANGRAMENTO** - Observado diretamente ou pela utilização de um espelho clínico, após a sondagem.
- 2** **CÁLCULO** - Qualquer quantidade detetada durante a sondagem, mas toda a faixa preta da sonda visível.
- 3** **BOLSA DE 4 A 5 mm** - Margem gengival dentro da faixa preta da sonda.
- 4** **BOLSA DE 6 mm OU MAIS** - Faixa preta da sonda não visível.
- 9** **NÃO REGISTADO**
- Nota:** O incisivo e ou os primeiros molares (até aos 20 anos) ou os pares do primeiro e segundo molares (após os 20 anos) devem ser examinados e o grau mais alto encontrado é o registado.

MÁ OCLUSÃO - CÓDIGO

- 0** **NENHUMA ANORMALIDADE ou MÁ OCLUSÃO**
- 1** **ANOMALIA LEVE** - Anomalias leves, tais como um ou mais dentes com giroversão ou leve apinhamento ou espaçamento, que prejudique o alinhamento regular dos dentes.
- 2** **ANOMALIA SEVERA** - Anomalias mais sérias, especificamente, a presença de uma ou mais das seguintes condições nos quatro incisivos anteriores:
- trespassse horizontal maxilar estimado em 9 mm ou mais;
 - trespassse horizontal mandibular, mordida cruzada anterior igual ou maior que o tamanho de um dente;
 - mordida aberta;
 - desvio da linha média estimado em 4mm ou mais;
 - apinhamento ou espaçamento estimado em 4mm ou mais.

Quadro - dentição decídua e dentição permanente

Dentição Decídua ou de Leite		
Cronologia da Erupção		
Incisivo central superior direito - 51	7 Meses	61 - Incisivo central superior esquerdo
Incisivo lateral superior direito - 52	9 Meses	62 - Incisivo lateral superior esquerdo
Canino superior direito - 53	18 Meses	63 - Canino superior esquerdo
Primeiro molar superior direito - 54	14 Meses	64 - Primeiro molar superior esquerdo
Segundo molar superior direito - 55	24 Meses	65 - Segundo molar superior esquerdo
=		
Segundo molar inferior direito - 85	20 meses	75 - Segundo molar inferior esquerdo
Primeiro molar inferior direito - 84	12 meses	74 - Primeiro molar inferior esquerdo
Canino inferior direito - 83	16 meses	73 - Canino inferior esquerdo
Incisivo inferior lateral direito - 82	7 meses	72 - Incisivo inferior lateral esquerdo
Incisivo inferior central direito - 81	6 meses	71 - Incisivo inferior central esquerdo
Dentição Permanente ou Definitiva		
Cronologia da Erupção		
Incisivo central superior direito - 11	7-8 Anos	21 - Incisivo central superior esquerdo
Incisivo lateral superior direito - 12	8-9 Anos	22 - Incisivo lateral superior esquerdo
Canino superior direito - 13	11-12 Anos	23 - Canino superior esquerdo
Primeiro pré-molar superior direito - 14	10-11 Anos	24 - Primeiro pré-molar superior esquerdo
Segundo pré-molar superior direito - 15	10-12 Anos	25 - Segundo pré-molar superior esquerdo
Primeiro molar superior direito - 16	6-7 Anos	26 - Primeiro molar superior esquerdo
Segundo molar superior direito - 17	12-13 Anos	27 - Segundo molar superior esquerdo
Terceiro molar superior direito - 18	17-21 Anos	28 - Terceiro molar superior esquerdo
=		
Terceiro molar inferior direito - 48	17-21 Anos	38 - Terceiro molar inferior esquerdo
Segundo molar inferior direito - 47	11-13 Anos	37 - Segundo molar inferior esquerdo
Primeiro molar inferior direito - 46	6-7 Anos	36 - Primeiro molar inferior esquerdo
Segundo pré-molar inferior direito - 45	11-12 Anos	35 - Segundo pré-molar inferior esquerdo
Primeiro pré-molar inferior direito - 44	10-12 Anos	34 - Primeiro pré-molar inferior esquerdo
Canino inferior direito - 43	9-10 Anos	33 - Canino inferior esquerdo
Incisivo lateral inferior direito - 42	7-8 Anos	32 - Incisivo inferior superior esquerdo
Incisivo central inferior direito - 41	6-7 Anos	31 - Incisivo inferior superior esquerdo

 <p style="text-align: center;">Menos um dente menos saúde</p>	 <p style="text-align: center;">É importante viver com dentes</p>
--	--