



Encaminhamento para avaliação odontológica no cuidado oncológico

PACIENTE

NOME COMPLETO

DATA DE NASCIMENTO

MOMENTO DO TRATAMENTO

- ☐ Antes do início do tratamento oncológico ☐ Durante o tratamento oncológico ☐ Após o tratamento oncológico

SITUAÇÃO NO MOMENTO DO ENCAMINHAMENTO

- ☐ Sem queixa ou alteração oral identificada até o momento

Para avaliação e início do acompanhamento odontológico preventivo e de suporte.

- ☐ Com queixa, sinal ou alteração oral já presente

Para avaliação e manejo da condição apresentada, integrando o acompanhamento odontológico ao cuidado oncológico.

OUTRA INFORMAÇÃO RELEVANTE, SE DESEJAR

Durante o tratamento oncológico, o cuidado odontológico será articulado com o médico responsável e a equipe assistencial.

PROFISSIONAL QUE ENCAMINHA

PROFISSÃO

- | | |
|--|--|
| ☐ Oncologista clínico | ☐ Nutricionista |
| ☐ Médico radioterapeuta | ☐ Enfermeiro(a) |
| ☐ Cirurgião oncológico | ☐ Fisioterapeuta |
| ☐ Hematologista | ☐ Profissional de Educação Física |
| ☐ Cirurgião-dentista | ☐ Outro profissional de saúde |

NOME

CONTATO PROFISSIONAL

ASSINATURA E CARIMBO

DATA

Na ausência de carimbo, informe o conselho profissional e o número de inscrição.