

Folha de registo da versão final do PAOF-R

Protocolo de Avaliação OroFacial – Revisto: PAOF-R

Nome: _____ Data de nascimento: __/__/__
 Data de avaliação: __/__/__ Reavaliação: __/__/__
 Avaliador: _____

Pontuação		
Postura	___/4	
Respiração	___/2	
Subtotal		___/6
	Morfologia	Função
Face	___/27	___/5
Lábios	___/5	___/6
Mandíbula	___/2	___/7
Dentição e gengivas	___/4	
Oclusão	___/1	
Língua	___/9	___/11
Palato Duro	___/4	
Palato Mole	___/5	___/2
Diadococinésia		
Subtotal	___/58	___/31
Total		___/95

Postura				
Sentado	Alterações possíveis			
	Cabeça e ombros		Cabeça	
			Cabeça em extensão	<input type="checkbox"/>
			Cabeça em flexão	<input type="checkbox"/>
			Inclinação da cabeça Esq.	<input type="checkbox"/>
			Dta.	<input type="checkbox"/>
			Rotação da cabeça Esq.	<input type="checkbox"/>
			Dta.	<input type="checkbox"/>
	<u>Frete</u>	Adequado (1) <input type="checkbox"/>	Alterado (0) <input type="checkbox"/>	Ombros
				Elevação de ombro Esq.
				Dto.
				Rotação de ombro Esq.
				Dto.
				Tronco
				Inclinação Esq.
				Inclinação Dta.
				Curvado com cifose
				Curvado com lordose
				Outro
	<u>Perfil</u>	Adequado (1) <input type="checkbox"/>	Alterado (0) <input type="checkbox"/>	Cabeça e ombros
				Inclinação anterior
				Inclinação posterior
				Outro
	Esq.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tronco
	Dta.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Curvado com cifose
				Curvado com lordose
				Outro
Postura				
Estabilidade postural em pé	Em repouso	Alterações possíveis		
	Adequado (1) <input type="checkbox"/>	Estável mas com alterações no controlo da postura (0)		
		Instável (0)		
		Outro. Especificar: _____		
	Em movimento	Alterações possíveis		
	Adequado (1) <input type="checkbox"/>	Bradicinesia (0)		
		Outro. Especificar: _____		
Respiração				
Tipo respiratório	Adequado (1) <input type="checkbox"/>	Alterado (0) <input type="checkbox"/>	Alterações possíveis	Observações:
			Misto <input type="checkbox"/>	
			Oral <input type="checkbox"/>	
Modo respiratório	Adequado (1) <input type="checkbox"/>	Alterado (0) <input type="checkbox"/>	Alterações possíveis	
			Torácica <input type="checkbox"/>	
			Diafragmática <input type="checkbox"/>	
			Outro. Especificar: _____	

Postura: Pontuação esperada: 4 Pontuação obtida: _____

Respiração: Pontuação esperada: 2 Pontuação obtida: _____

Face							
Simetria Facial				Alterações possíveis			
Perfil	Adequado (1) <input type="checkbox"/>	Alterado		Endognatia	<input type="checkbox"/>		
		Esq <input type="checkbox"/> (0)	Dta <input type="checkbox"/> (0)	Exognatia	<input type="checkbox"/>		
Frente	Adequado (1) <input type="checkbox"/>	Alterado		Retrognatia	<input type="checkbox"/>		
		Esq <input type="checkbox"/> (0)	Dta <input type="checkbox"/> (0)	Prognatia	<input type="checkbox"/>		
				Outro	<input type="checkbox"/>		
Proporção facial	Simetria		Assimetria				
			Maior	Menor			
Terço superior	<input type="checkbox"/> (1)		<input type="checkbox"/> (0)	<input type="checkbox"/> (0)			
Terço médio	<input type="checkbox"/> (1)		<input type="checkbox"/> (0)	<input type="checkbox"/> (0)			
Terço inferior	<input type="checkbox"/> (1)		<input type="checkbox"/> (0)	<input type="checkbox"/> (0)			
Postura Facial (repouso)	Simetria		Assimetria		Observações		
Testa	<input type="checkbox"/> (1)		<input type="checkbox"/> (0)				
Sobrancelhas	<input type="checkbox"/> (1)		<input type="checkbox"/> (0)				
Olhos	<input type="checkbox"/> (1)		<input type="checkbox"/> (0)				
Sulco nasolabial	<input type="checkbox"/> (1)		<input type="checkbox"/> (0)				
Sulco labiomarginal	<input type="checkbox"/> (1)		<input type="checkbox"/> (0)				
Comissuras labiais	<input type="checkbox"/> (1)		<input type="checkbox"/> (0)				
Bochechas	<input type="checkbox"/> (1)		<input type="checkbox"/> (0)				
Musculatura facial (em repouso)	Alterações possíveis						Especificar
	Adequados	Alterados	Tónus	Simetria	Volume	Outro	
Temporal	<input type="checkbox"/> (1)	<input type="checkbox"/> (0)	<input type="checkbox"/> (0)	<input type="checkbox"/> (0)	<input type="checkbox"/> (0)	<input type="checkbox"/> (0)	
Frontal	<input type="checkbox"/> (1)	<input type="checkbox"/> (0)	<input type="checkbox"/> (0)	<input type="checkbox"/> (0)	<input type="checkbox"/> (0)	<input type="checkbox"/> (0)	
Orbicular dos olhos	<input type="checkbox"/> (1)	<input type="checkbox"/> (0)	<input type="checkbox"/> (0)	<input type="checkbox"/> (0)	<input type="checkbox"/> (0)	<input type="checkbox"/> (0)	
Supraciliar	<input type="checkbox"/> (1)	<input type="checkbox"/> (0)	<input type="checkbox"/> (0)	<input type="checkbox"/> (0)	<input type="checkbox"/> (0)	<input type="checkbox"/> (0)	
Elevador da asa do nariz	<input type="checkbox"/> (1)	<input type="checkbox"/> (0)	<input type="checkbox"/> (0)	<input type="checkbox"/> (0)	<input type="checkbox"/> (0)	<input type="checkbox"/> (0)	
Zigomático	<input type="checkbox"/> (1)	<input type="checkbox"/> (0)	<input type="checkbox"/> (0)	<input type="checkbox"/> (0)	<input type="checkbox"/> (0)	<input type="checkbox"/> (0)	
Masséter	<input type="checkbox"/> (1)	<input type="checkbox"/> (0)	<input type="checkbox"/> (0)	<input type="checkbox"/> (0)	<input type="checkbox"/> (0)	<input type="checkbox"/> (0)	
Risório	<input type="checkbox"/> (1)	<input type="checkbox"/> (0)	<input type="checkbox"/> (0)	<input type="checkbox"/> (0)	<input type="checkbox"/> (0)	<input type="checkbox"/> (0)	
Bucinator	<input type="checkbox"/> (1)	<input type="checkbox"/> (0)	<input type="checkbox"/> (0)	<input type="checkbox"/> (0)	<input type="checkbox"/> (0)	<input type="checkbox"/> (0)	
Orbicular dos lábios	<input type="checkbox"/> (1)	<input type="checkbox"/> (0)	<input type="checkbox"/> (0)	<input type="checkbox"/> (0)	<input type="checkbox"/> (0)	<input type="checkbox"/> (0)	
Elevadores do lábio	<input type="checkbox"/> (1)	<input type="checkbox"/> (0)	<input type="checkbox"/> (0)	<input type="checkbox"/> (0)	<input type="checkbox"/> (0)	<input type="checkbox"/> (0)	
Depressores do lábio	<input type="checkbox"/> (1)	<input type="checkbox"/> (0)	<input type="checkbox"/> (0)	<input type="checkbox"/> (0)	<input type="checkbox"/> (0)	<input type="checkbox"/> (0)	
Mentoniano	<input type="checkbox"/> (1)	<input type="checkbox"/> (0)	<input type="checkbox"/> (0)	<input type="checkbox"/> (0)	<input type="checkbox"/> (0)	<input type="checkbox"/> (0)	
Movimentos involuntários (em repouso)	Ausentes(1)		Presentes(0)		Fasciculações Mioclonias		<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>
					Local:		
Tónus facial (em repouso)	Adequado(1)		Alterado(0)		Hipotonia		<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		Hipertonia		<input type="checkbox"/>
					Rigidez		<input type="checkbox"/>
					Coreia		<input type="checkbox"/>
					Atetose		<input type="checkbox"/>
					Misto		<input type="checkbox"/>
					Distonia		<input type="checkbox"/>
					Local:		

Face				
Praxia facial	Eupraxia	Apraxia	Alterações possíveis	
Enrugar a testa	<input type="checkbox"/> (1)	<input type="checkbox"/> (0)	Mobilidade	<input type="checkbox"/>
Fechar os olhos	<input type="checkbox"/> (1)	<input type="checkbox"/> (0)	Estabilidade	<input type="checkbox"/>
Fransir o nariz	<input type="checkbox"/> (1)	<input type="checkbox"/> (0)	Amplitude	<input type="checkbox"/>
Encher as bochechas	<input type="checkbox"/> (1)	<input type="checkbox"/> (0)	Simetria	<input type="checkbox"/>
			Mov. Involuntários	<input type="checkbox"/>
			Observações:	
Tónus facial (em movimento)	Adequado	Alterado	Hipotonia	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> (1)	<input type="checkbox"/> (0)	Hipertonía	<input type="checkbox"/>
			Rigidez	<input type="checkbox"/>
			Coreia	<input type="checkbox"/>
			Atetose	<input type="checkbox"/>
			Misto	<input type="checkbox"/>
			Distonia	<input type="checkbox"/>
			Observações:	

Face	
Morfologia: Pontuação esperada: 27	Pontuação obtida: ____
Função: Pontuação esperada: 5	Pontuação obtida: ____

Lábios						
Posição em repouso	Adequado <input type="checkbox"/> (1)		Alterado <input type="checkbox"/> (0)		Alterações possíveis	
					Entreabertos <input type="checkbox"/> Abertos <input type="checkbox"/> Em tensão <input type="checkbox"/> Presença de cicatrizes <input type="checkbox"/> Outra: <input type="checkbox"/>	
Simetria	Simétrico <input type="checkbox"/> (1)		Assimétrico		Curto <input type="checkbox"/>	
	Lábio superior	<input type="checkbox"/> (1)	Esq. <input type="checkbox"/> (0)	Dto. <input type="checkbox"/> (0)	Fino <input type="checkbox"/>	
Lábio inferior	<input type="checkbox"/> (1)	Esq. <input type="checkbox"/> (0)	Dto. <input type="checkbox"/> (0)	Evertido <input type="checkbox"/>		
Comissura labial	<input type="checkbox"/> (1)	Esq. <input type="checkbox"/> (0)	Dto. <input type="checkbox"/> (0)	Avolumado <input type="checkbox"/>		
					Lesões <input type="checkbox"/>	
Tonus labial (em repouso)	Adequado <input type="checkbox"/> (1)		Alterado <input type="checkbox"/> (0)		Hipotonia <input type="checkbox"/>	
					Hipertonia <input type="checkbox"/>	
					Rigidez <input type="checkbox"/>	
					Coreia <input type="checkbox"/>	
					Atetose <input type="checkbox"/>	
					Misto <input type="checkbox"/>	
					Distonia <input type="checkbox"/>	
Praxia labial	Alterações possíveis					
		Eupraxia	Apraxia	Mobilidade	Amplitude	Simetria
Protrusão	<input type="checkbox"/> (1)	<input type="checkbox"/> (0)	<input type="checkbox"/> (0)	<input type="checkbox"/> (0)	<input type="checkbox"/> (0)	
Retração	<input type="checkbox"/> (1)	<input type="checkbox"/> (0)	<input type="checkbox"/> (0)	<input type="checkbox"/> (0)	<input type="checkbox"/> (0)	
Estiramento	<input type="checkbox"/> (1)	<input type="checkbox"/> (0)	<input type="checkbox"/> (0)	<input type="checkbox"/> (0)	<input type="checkbox"/> (0)	
Lateralização esquerda	<input type="checkbox"/> (1)	<input type="checkbox"/> (0)	<input type="checkbox"/> (0)	<input type="checkbox"/> (0)	<input type="checkbox"/> (0)	
Lateralização direita	<input type="checkbox"/> (1)	<input type="checkbox"/> (0)	<input type="checkbox"/> (0)	<input type="checkbox"/> (0)	<input type="checkbox"/> (0)	
Tonus labial (em movimento)	Adequado <input type="checkbox"/> (1)		Alterado <input type="checkbox"/> (0)		Hipotonia <input type="checkbox"/>	
					Hipertonia <input type="checkbox"/>	
					Rigidez <input type="checkbox"/>	
					Coreia <input type="checkbox"/>	
					Atetose <input type="checkbox"/>	
					Misto <input type="checkbox"/>	
					Distonia <input type="checkbox"/>	

Lábios

Morfologia: Pontuação esperada: 5 Pontuação obtida: ____

Função: Pontuação esperada: 6 Pontuação obtida: ____

Dentição e Gengivas						
Tipo de dentição (em função da idade)		Decídua <input type="checkbox"/>	Mista <input type="checkbox"/>	Permanente <input type="checkbox"/>		
Implantação dentária				Alterações possíveis Labioversão Rotação Sobreposição Diastemas Ausência Má conservação Outra: Local:		
	Maxila	Regular <input type="checkbox"/> (1)			Irregular <input type="checkbox"/> (0)	<input type="checkbox"/>
	Mandíbula	<input type="checkbox"/> (1)			<input type="checkbox"/> (0)	<input type="checkbox"/>
Gengivas		Adequada		Alterada	Alterações possíveis	
	Superior	<input type="checkbox"/> (1)		<input type="checkbox"/> (0)	Avermelhada	
	Inferior	<input type="checkbox"/> (1)		<input type="checkbox"/> (0)	Hialina	
					Cianosada	
					Outra:	

Oclusão					
Tipo de oclusão	Classe I de Angle <input type="checkbox"/> (1)	Classe II de Angle <input type="checkbox"/> (0)	Classe III de Angle <input type="checkbox"/> (0)	Alterações	
				Overjet	<input type="checkbox"/>
				Overbite	<input type="checkbox"/>
				Mordida cruzada	
				Esquerda	<input type="checkbox"/>
				Direita	<input type="checkbox"/>
				Bilateral	<input type="checkbox"/>
				Anterior	<input type="checkbox"/>
				Mordida aberta	<input type="checkbox"/>
				Apinhamento dentário	<input type="checkbox"/>
				Outra:	<input type="checkbox"/>

Dentição e Gengivas
Morfologia: Pontuação esperada: 4 Pontuação obtida: ____

Oclusão
Morfologia: Pontuação esperada: 1 Pontuação obtida: ____

Língua			
Morfologia	Adequado	Alterado	Alterações possíveis
Coloração	<input type="checkbox"/> (1)	<input type="checkbox"/> (0)	Avermelhada <input type="checkbox"/>
volume	<input type="checkbox"/> (1)	<input type="checkbox"/> (0)	Hialina <input type="checkbox"/>
Cumprimento	<input type="checkbox"/> (1)	<input type="checkbox"/> (0)	Cianosada <input type="checkbox"/>
Freio	<input type="checkbox"/> (1)	<input type="checkbox"/> (0)	Macroglossia <input type="checkbox"/>
Sulco	<input type="checkbox"/> (1)	<input type="checkbox"/> (0)	Microglossia <input type="checkbox"/>
			Curta <input type="checkbox"/>
			Comprida <input type="checkbox"/>
			Freio curto <input type="checkbox"/>
			Freio ausente <input type="checkbox"/>
			Sulco longo <input type="checkbox"/>
			Sulco curto <input type="checkbox"/>
			Sulco ausente: <input type="checkbox"/>
			Língua bifida <input type="checkbox"/>
			Outra: <input type="checkbox"/>
Posição em repouso	Adequado	Alterado	Alta <input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> (1)	<input type="checkbox"/> (0)	Baixa <input type="checkbox"/>
			Interdental <input type="checkbox"/>
			Anteriorizada <input type="checkbox"/>
			Posteriorizada <input type="checkbox"/>
			Presença de marcas <input type="checkbox"/>
			Outra: <input type="checkbox"/>
Simetria	Simétrico	Assimétrico	Desvio
	<input type="checkbox"/> (1)	Esq. Dta.	Direita <input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/> (0) <input type="checkbox"/> (0)	Esquerda <input type="checkbox"/>
			Anteriorizada <input type="checkbox"/>
			Posteriorizada <input type="checkbox"/>
Movimentos involuntários	Ausentes	Presentes	Mov. Involuntários
	<input type="checkbox"/> (1)	<input type="checkbox"/> (0)	Fasciculações <input type="checkbox"/>
			Mioclônias <input type="checkbox"/>
			Local: <input type="checkbox"/>
Tónus lingual (em repouso)	Adequado	Alterado	Hipotonia <input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> (1)	<input type="checkbox"/> (0)	Hipertonia <input type="checkbox"/>
			Rigidez <input type="checkbox"/>
			Coreia <input type="checkbox"/>
			Atetose <input type="checkbox"/>
			Misto <input type="checkbox"/>
			Distonia <input type="checkbox"/>

Língua					
Praxia lingual	Eupraxia	Apraxia	Mobilidade	Simetria	Especificar
Protrusão	<input type="checkbox"/> (1)	<input type="checkbox"/> (0)	<input type="checkbox"/> (0)	<input type="checkbox"/> (0)	
Retração	<input type="checkbox"/> (1)	<input type="checkbox"/> (0)	<input type="checkbox"/> (0)	<input type="checkbox"/> (0)	
Superversão interna	<input type="checkbox"/> (1)	<input type="checkbox"/> (0)	<input type="checkbox"/> (0)	<input type="checkbox"/> (0)	
Infraversão interna	<input type="checkbox"/> (1)	<input type="checkbox"/> (0)	<input type="checkbox"/> (0)	<input type="checkbox"/> (0)	
Superversão externa	<input type="checkbox"/> (1)	<input type="checkbox"/> (0)	<input type="checkbox"/> (0)	<input type="checkbox"/> (0)	
Infraversão externa	<input type="checkbox"/> (1)	<input type="checkbox"/> (0)	<input type="checkbox"/> (0)	<input type="checkbox"/> (0)	
Lateralização					
interna esquerda	<input type="checkbox"/> (1)	<input type="checkbox"/> (0)	<input type="checkbox"/> (0)	<input type="checkbox"/> (0)	
Lateralização					
interna direita	<input type="checkbox"/> (1)	<input type="checkbox"/> (0)	<input type="checkbox"/> (0)	<input type="checkbox"/> (0)	
Lateralização					
externa esquerda	<input type="checkbox"/> (1)	<input type="checkbox"/> (0)	<input type="checkbox"/> (0)	<input type="checkbox"/> (0)	
Lateralização					
externa direita	<input type="checkbox"/> (1)	<input type="checkbox"/> (0)	<input type="checkbox"/> (0)	<input type="checkbox"/> (0)	
Tonus lingual (movimento)	Adequado <input type="checkbox"/> (1)		Alterado <input type="checkbox"/> (0)		Alterações
					Hipotonia <input type="checkbox"/>
					Hipertonia <input type="checkbox"/>
					Rigidez <input type="checkbox"/>
					Coreia <input type="checkbox"/>
					Atetose <input type="checkbox"/>
					Misto <input type="checkbox"/>
					Distonia <input type="checkbox"/>

Língua
 Morfologia: Pontuação esperada: 9 Pontuação obtida: ____
 Função: Pontuação esperada: 11 Pontuação obtida: ____

Palato Duro					
Morfologia	Adequado	Alterado	Alterações		
Coloração	<input type="checkbox"/> (1)	<input type="checkbox"/> (0)	Coloração		
Rebordo alveolar	<input type="checkbox"/> (1)	<input type="checkbox"/> (0)		Avermelhada	<input type="checkbox"/>
Papila incisiva	<input type="checkbox"/> (1)	<input type="checkbox"/> (0)		Hialina	<input type="checkbox"/>
Abóboda palatina	<input type="checkbox"/> (1)	<input type="checkbox"/> (0)		Cianosada	<input type="checkbox"/>
			Rebordo		
				Largo	<input type="checkbox"/>
				Ausente	<input type="checkbox"/>
			Papila		
				Atrésica	<input type="checkbox"/>
				Aplanada	<input type="checkbox"/>
			Abóboda		
				Ogival	<input type="checkbox"/>
				Aplanada	<input type="checkbox"/>
				Atrésica	<input type="checkbox"/>
			Presença de fenda		<input type="checkbox"/>
			Outra:		<input type="checkbox"/>

Palato duro
 Morfologia: Pontuação esperada: 4 Pontuação obtida: ____

Palato Mole						
Morfologia	Adequado		Alterado			Alterações
Coloração	<input type="checkbox"/> (1)		<input type="checkbox"/> (0)			Coloração
Úvula	<input type="checkbox"/> (1)		<input type="checkbox"/> (0)			Avermelhada <input type="checkbox"/>
Amígdalas Palatinas	<input type="checkbox"/> (1)		Esq. Dta. <input type="checkbox"/> (0) <input type="checkbox"/> (0)			Hialina <input type="checkbox"/>
						Cianosada <input type="checkbox"/>
						Úvula
						Curta <input type="checkbox"/>
						Longa <input type="checkbox"/>
						Ausente <input type="checkbox"/>
						Bífida <input type="checkbox"/>
						Assimétrica <input type="checkbox"/>
						Amígdala Esq.
						Hipertrofiada <input type="checkbox"/>
						Ausente <input type="checkbox"/>
						Amígdala Dta.
						Hipertrofiada <input type="checkbox"/>
						Ausente <input type="checkbox"/>
Postura em repouso	Adequado		Alterado			Alterações
	<input type="checkbox"/> (1)		<input type="checkbox"/> (0)			Assimetria
						Esquerda <input type="checkbox"/>
						Direita <input type="checkbox"/>
Movimentos involuntários	Ausentes		Presentes			Mov. Involuntários
	<input type="checkbox"/> (1)		<input type="checkbox"/> (0)			Fasciculações <input type="checkbox"/>
						Mioclônias <input type="checkbox"/>
Praxia velofaríngea	Eupraxia	Apraxia	Movimento	Tômas	Outro	Especificar
Elevação com posteriorização	<input type="checkbox"/> (1)	<input type="checkbox"/> (0)	<input type="checkbox"/> (0)	<input type="checkbox"/> (0)	<input type="checkbox"/> (0)	
Contração dos pilares	<input type="checkbox"/> (1)	<input type="checkbox"/> (0)	<input type="checkbox"/> (0)	<input type="checkbox"/> (0)	<input type="checkbox"/> (0)	

Palato mole

Morfologia: Pontuação esperada: 5 Pontuação obtida: ____

Função: Pontuação esperada: 2 Pontuação obtida: ____

Diadococinésia				
	Nº de repetições	Tempo obtido em segundos	Cotação	Observações Ritmo Precisão Velocidade
Pa/pa/pa				
Ta/ta/ta				
Ka/ka/ka				
Pate/pate				
Pateke/pateke				
Total				

Observações/Conclusões: