

# STUDIO DI ODONTOIATRIA E STOMATOLOGIA

COD: \_\_\_\_\_

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_ luogo di nascita \_\_\_\_\_

Residenza fiscale (per fatturazione) \_\_\_\_\_ data di nascita \_\_\_\_\_

Cap \_\_\_\_\_ città \_\_\_\_\_ provincia \_\_\_\_\_

Indirizzo privato \_\_\_\_\_

Cap \_\_\_\_\_ città \_\_\_\_\_ provincia \_\_\_\_\_

Professione \_\_\_\_\_ indirizzo prof. \_\_\_\_\_

C.F.: \_\_\_\_\_

Telefono abitazione \_\_\_\_\_ Telefono ufficio \_\_\_\_\_

Cambiamento di indirizzo

Cap \_\_\_\_\_ città \_\_\_\_\_ provincia \_\_\_\_\_ telefono \_\_\_\_\_

Medico curante (non dentista) \_\_\_\_\_ telefono \_\_\_\_\_

## Anamnesi generale

1) Quanto tempo è trascorso dal suo ultimo trattamento o controllo dentario? \_\_\_\_\_

2) Ha avuto ricoveri ospedalieri o malattie di una certa entità negli ultimi 2 o 3 anni?  sì  no

3) Ha sofferto o soffre di:

a) affezioni cardiache  sì  no

b) alterazioni alla pressione sanguigna  sì  no

c) affezioni renali  sì  no

d) affezioni reumatiche  sì  no

e) malattie del sangue  sì  no

f) malattie oculari  sì  no

g) diabete  sì  no

h) ulcere gastriche o duodenali  sì  no

i) asma o malattie allergiche  sì  no

l) altre affezioni  sì  no

4) Ha mai avuto qualche conseguenza particolare in seguito all'assunzione di anestetici, antibiotici o altri farmaci?  sì  no

5) E' mai stato avvertito di non prendere qualche farmaco o medicina in particolare?  sì  no

6) Ha mai avuto una anestesia locale?  sì  no

Quali sono state le conseguenze? \_\_\_\_\_

7) Attualmente prende nessuna medicina (vitamine, ormoni o altro)?  sì  no

8) Sanguina in modo anomalo quando si ferisce?  sì  no

9) Presenta ematomi o si gonfia facilmente?  sì  no

10) Guarisce?  Rapidamente  normalmente  lentamente

11) Ha mai avuto esami radiografici o terapia irradiante?  sì  no

12) E' facilmente soggetto/a a infezioni?  sì  no

13) E' in gravidanza?  sì  no

11) Ha mai avuto esami radiografici o terapia irradiante?  sì  no

**PRIMA VISITA** DATA \_\_\_\_\_ ANAMNESI STOMATOLOGICA \_\_\_\_\_

PRIMA VISITA PER: \_\_\_\_\_ TIPO CLINICO: \_\_\_\_\_

18	17	16	15	14	13	12	11		21	22	23	24	25	26	27	28
								CONSERVATIVA								
								ENDODONZIA								
								CHIRURGIA								
								SCHEMA DENTALE								
								SCHEMADENTALE								
								CHIRURGIA								
								ENDODONZIA								
								CONSERVATIVA								
48	47	46	45	44	32	42	41		31	32	33	34	35	36	37	38

- ESAME RADIOLOGICO \_\_\_\_\_
- IGIENE ORALE \_\_\_\_\_
- VISITA OCCLUSALE \_\_\_\_\_
- VISITA PARODONTALE \_\_\_\_\_
- VISITA PROTESI FISSA \_\_\_\_\_
- VISITA PROTESI MOBILE \_\_\_\_\_
- CHIRURGIA \_\_\_\_\_
- ENDODONZIA \_\_\_\_\_
- CONSERVATIVA \_\_\_\_\_
- ORTODONZIA \_\_\_\_\_
- ESAMI DI LABORATORIO \_\_\_\_\_
- MODELLI STUDIO \_\_\_\_\_
- DIAPOSITIVE \_\_\_\_\_

OPERATORE

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### ESAME OCCLUSALE

- SI     NO    Digignamento                       SI     NO    Aumento sensibilità dentale
- SI     NO    Cefalee o dolori in sede ATM                       Soddisfacente
- SI     NO    Rumori ATM    Masticazione     Insoddisfacente
- SI     NO    Stanchezza muscolare al risveglio                       DX     SX     non necessario

- 1) Massima apertura della bocca \_\_\_\_\_
- 2) Classe di Angle \_\_\_\_\_
- 3) Laterodeviazione                      DX    SX
- \_\_\_\_\_    \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_    \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_    \_\_\_\_\_

- Palpazione    DX    SX
- ATM \_\_\_\_\_
- Pterigoidei esterni \_\_\_\_\_
- Pterigoidei interni \_\_\_\_\_
- Massetere \_\_\_\_\_
- Temporale \_\_\_\_\_
- Muscoli del pavimento orale \_\_\_\_\_

D.V.mm: \_\_\_\_\_

ANALISI ESTETICA \_\_\_\_\_ COME GIUDICA L'ESTETICA \_\_\_\_\_

TIPO DI SORRISO  GENGIVALE  INTERMEDIO  COPERTO

POSIZIONE LABIALE – MARGINE INCISALE \_\_\_\_\_

DENTI DISCROMICI \_\_\_\_\_

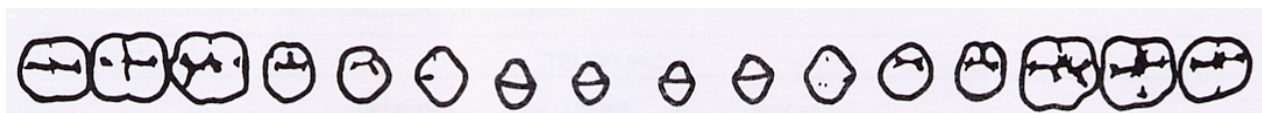
ESAME DELLE MUCOSE \_\_\_\_\_

ESAME BASE DELLA LINGUA \_\_\_\_\_ FUMO \_\_\_\_\_

### VISITA PARADONTALE



	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
V																
P																
MG																
M																



	48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38
V																
P																
MG																
M																

PIANO DI TRATTAMENTO PARODONTALE:

- A: \_\_\_\_\_
- B: \_\_\_\_\_
- C: \_\_\_\_\_
- D: \_\_\_\_\_
- E: \_\_\_\_\_
- F: \_\_\_\_\_

PIANO DI TRATTAMENTO PROTESI FISSA:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

PIANO DI TRATTAMENTO DI CONSERVATIVA O DI PROTESI MOBILE:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

PIANO DI TRATTAMENTO ORTODONTICO:

---



---



---

MODIFICHE DEL PIANO DI TERAPIA:

---



---



---



---



---



---



---



---

18	17	16	15	14	13	12	11		21	22	23	24	25	26	27	28
								CHIRURGIA ORALE								
								ENDODONZIA								
								CONSERVATIVA								
								ORTODONZIA								
								CHIRURGIA PARODONTALE								
								1° PROVVISORI								
								2° PROVVISORI								
								3° PROVVISORI								
								PERNI MONCONI								
								SCHEMA PROTESICO								
								SCHEMA PROTESICO								
								PERNI MONCONI								
								3° PROVVISORI								
								2° PROVVISORI								
								1° PROVVISORI								
								CHIRURGIA PARODONTALE								
								ORTODONZIA								
								CONSERVATIVA								
								ENDODONZIA								
								CHIRURGIA ORALE								
48	47	46	45	44	43	42	41		31	32	33	34	35	36	37	38