

Вкладыш в медицинскую карту ортодонтического пациента

Фамилия _____

Имя _____

Отчество _____

Адрес _____

Контактный телефон _____

Льготный статус _____ Возраст _____

Дата _____

Врач _____

ЦентрМаг

Вкладыш в медицинскую карту ортодонтического пациента

Дата: _____

Жалобы: на перелом базиса полного, частичного съемного протеза (в/ч, н/ч), отсутствие _____ зуба(ов) в протезе после удаления, перелом кламмера протеза (в/ч, н/ч) _____.

Протез был изготовлен _____
гигиеническое состояние протеза (удовлетворительное, неудовлетворительное).

Наличие следов реставрации (да, нет). Количество зубов в протезе _____.

Края протеза (острые, сглаженные).

Контакт с зубами антагонистами (плотный контакт, отсутствие контакта).

Кламмера на _____ зубах.

Фиксация протеза (неудовлетворительная, удовлетворительная, протез не фиксируется).

Постановка искусственных зубов по отношению к середине альвеолярного отростка (по центру, смещена вестибулярно, смещена орально)

18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38

С – кариес, О – отсутствует, П – пломба, У – удаленный зуб, И – искусственный зуб, К – коронка, Р – пульпит, Рт – периодонтит, R – корни зуба, I – имплантат.

Диагноз:

Частичная вторичная адентия В.Ч. _____ кл. по Кеннеди Н.Ч. _____ кл. по Кеннеди

Полная вторичная адентия В.Ч. _____ кл. по Оксману Н.Ч. _____ кл. по Оксману

Дата	Этапы ортодонтического лечения	Подпись врача
	Снятие анатомических слепков (материал) Наложение	
	Съемного протеза	

Врач: _____ Техник: _____ Заведующий отделением: _____

С рекомендациями по использованию и уходу за зубными протезами ознакомлен(а)

« _____ » _____ 20__ г.

(подпись пациента)

Дата:

Жалобы: отсутствие зубов, разрушение зубов, подвижность, плохая фиксация протезов, эстетические нарушения, пережевывание пищи, _____.

Аллергоанамнез: _____.

Развитие заболевания: зубы удалены вследствие осложненного кариеса, пародонтита, травмы, ранее протезировался(ась): да нет (когда _____) вид протеза _____.

Данные объективного исследования, внешний осмотр:

Кожные покровы: без патологических изменений, изменены: _____.

Нижняя треть лица: пропорциональна, увеличена, уменьшена.

Подбородочная складка: выражена умеренно, сглажена, резко выражена.

Носогубные складки: выражены умеренно, сглажены, резко выражены.

Открывание рта: в полном объеме _____, ограничено (1, 2, 3 степень) _____, со смещением _____.

Осмотр полости рта:

Гигиеническое состояние полости рта: удовлетворительное _____ неудовлетворительное _____.

Преддверие полости рта: средней глубины _____ мелкое _____ наличие тяжей в области _____.

Слизистая оболочка: физиологической окраски _____ Гиперемия _____ отечность _____.

по Suppli: 1 – плотная (умеренно податливая), 2 – атрофичная (тонкая, бледная), 3 – рыхлая, гиперемированная, 4 – свободно подвижная («болтающийся гребень»)

Альвеолярные отростки – атрофия: **В/Ч:** легкая, средняя, сильно выраженная, равномерная, неравномерная.

Н/Ч: легкая, средняя, сильно выраженная, равномерная, неравномерная.

Наличие торуса, экзостозов, форма локализации _____.

Зубная формула

18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28	
48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38	

С – кариес, О – отсутствует, П – пломба, У – удаленный зуб, И – искусственный зуб, К – коронка, Р – пульпит, Рт – периодонтит, R – корни зуба, I – имплантат, I-IV – степень подвижности зуба.

На рентгенограмме: _____

Диагноз:

Дефект коронковой части _____ зуба.
Частичная вторичная адентия В.Ч. _____ кл. по Кеннеди Н.Ч. _____ кл. по Кеннеди
Полная вторичная адентия В.Ч. _____ кл. по Оксману Н.Ч. _____ кл. по Оксману
Патологическая стираемость _____

ПЛАН ЛЕЧЕНИЯ

Ортодонтическое лечение:
Согласованный с пациентом план лечения: _____

Подпись врача _____

Подпись пациента _____

Дата	Этапы ортодонтического лечения	Подпись врача
	Снятие несъемных конструкций протезов: _____ коронка(и) С _____ зубов, _____ мостовидный(е) протез(ы) с опорой на _____ зубы Со снятием вышеуказанных конструкций согласен (на) Подпись пациента:	
	Получение слепков для изготовления временных коронок на зубы.	
	Под _____ анестезией _____ Препарирование _____ зубов под коронки	
	Фиксация временной коронки (ок) (материал) _____ на зубы	

	Получение рабочего оттиска (материал) _____ С верхней челюсти	
	Получение рабочего оттиска (материал) _____ С нижней челюсти	
	Получение функционального оттиска (материал) _____ С верхней челюсти	
	Получение функционального оттиска (материал) _____ С нижней челюсти	
	Определение центральной окклюзии Определение центрального соотношения	
	Подготовка канала(ов) зуба(ов) под литую культевую штифтовкладку. Временная пломба КАВИСИЛ	
	Подготовка канала(ов) _____зуба(ов) под литую культевую штифтовкладку. Моделирование литой культевой штифтовкладки Pattern Resin. Временная пломба КАВИСИЛ	
	Припасовка и фиксация литой культевой штифтовкладки (материал) Мед. обработка корневых каналов	
	Припасовка _____ коронок на _____ зубы	
	Припасовка литых металлических колпачков на _____ зубы. Выбор цвета	
	Припасовка индивидуальных ложек	
	Проверка каркаса бюгельного протеза (металлического базиса)	
	Проверка конструкции _____ мостовидного протеза с опорой на зубы	
	Проверка конструкции _____ съемного протеза на верхнюю челюсть	
	Проверка конструкции _____ съемного протеза на нижнюю челюсть	

	Фиксация на временный материал _____ _____ коронки, _____ мостовидный(е) протез(ы) с опорой на _____ зубы	
	Припасовка и наложение _____ на верхнюю челюсть съемного протеза	
	Припасовка и наложение _____ на нижнюю челюсть съемного протеза	
	Фиксация на постоянный материал _____ _____ коронки, _____ мостовидный(е) протез(ы) с опорой на _____ зубы	
	Коррекция протеза	

Дата	Замечания	Методы устранения

Примечание: _____

Врач: _____ Техник: _____ Заведующий отделением _____

Срок гарантии _____ Срок службы _____

С рекомендациями по использованию и уходу за зубными протезами ознакомлен(а). Памятку получил(а).

Контрольные осмотры через 3, 6, 12 месяцев (нужное отметить).

Претензий к качеству изготовленных протезов не имею _____ « _____ » _____ 20 ____ г.
(подпись пациента)

Дата:

Жалобы: отсутствие зубов, разрушение зубов, подвижность, плохая фиксация протезов, эстетические нарушения, пережевывание пищи, _____.

Аллергоанамнез: _____.

Развитие заболевания: зубы удалены вследствие осложненного кариеса, пародонтита, травмы, ранее протезировался(ась): да нет

Данные объективного исследования, внешний осмотр:

Кожные покровы: без патологических изменений, изменены: _____

Нижняя треть лица: пропорциональна, увеличена, уменьшена. **Подбородочная складка:** выражена умеренно, сглажена, резко выражена. **Носогубные складки:** выражены умеренно, сглажены, резко выражены. **Открывание рта:** в полном объеме _____, ограничено (1, 2, 3 степень) _____, со смещением _____

Осмотр полости рта:

Гигиеническое состояние полости рта: удовлетворительное _____ неудовлетворительное _____

Преддверие полости рта: средней глубины _____ мелкое _____ наличие тяжей в области _____

Слизистая оболочка: физиологической окраски _____ гиперемия _____ отечность _____

по Suppli: 1 – плотная (умеренно податливая), 2 – атрофичная (тонкая, бледная), 3 – рыхлая, гиперемированная, 4 – свободно подвижная («болтающийся гребень»)

Альвеолярные отростки – атрофия: **В/Ч:** легкая, средняя, сильно выраженная, равномерная, неравномерная.

Н/Ч: легкая, средняя, сильно выраженная, равномерная, неравномерная.

Наличие торуса, экзостозов, форма локализация _____

Зубная формула

18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38

С – кариес, О – отсутствует, П – пломба, У – удаленный зуб, И – искусственный зуб, К – коронка, Р – пульпит, Рт – периодонтит, R – корни зуба, I – имплантат.

На рентгенограмме: _____

Диагноз:

Дефект коронковой части _____ зуба.

Частичная вторичная адентия В.Ч. _____ кл. по Кеннеди Н.Ч. _____ кл. по Кеннеди

Полная вторичная адентия В.Ч. _____ кл. по Оксману Н.Ч. _____ кл. по Оксману

ПЛАН ЛЕЧЕНИЯ

Ортодонтическое лечение:

Согласованный с пациентом план лечения: _____

Терапевтический этап лечения:

Хирургический этап лечения:

Ортодонтический этап лечения:

Дата, подпись врача _____

Подпись пациента _____

ЦентрМаг