

Referto odontoiatrico all'entrata nell'istituto di cura

Ospite

Cognome/nome: _____

Data di nascita: _____

Istituto di cura: _____

Camera n.: _____

Garante dei costi _____

Indirizzo per la corrispondenza: _____

Medico di riferimento

Cognome/nome: _____

N. tel.: _____

Persona di contatto (famigliare, curatore)

Cognome/nome: _____

N. tel.: _____

Capacità interlocutorie del/della paziente: ☐ sì ☐ no ☐ limitate

Fattori di rischio generali

☐ malattie cardiache

☐ diabete

☐ artrite

☐ malattie neurodegenerative

☐ anticoagulazione

☐ altri farmaci rilevanti: _____

Rischi particolari/misure:

☐ antiaggregazione piastrinica

Domande sulla salute orale

Riesce a mangiare/masticare?

- ☐ Sì
- ☐ No
- ☐ Limitatamente

Ha dolori?

- ☐ Sì
- ☐ No

Igiene orale:

- ☐ autonoma
- ☐ autonoma, con supervisione del personale di cura
- ☐ da parte del personale di cura

Interventi di igiene orale al giorno: _____

Assunzione di zuccheri al giorno: _____

Apporto di fluoruri al giorno: _____

Anamnesi odontoiatrica

Mucose orali:

- ☐ Candida albicans ☐ Altro: _____

Localizzazione: _____

Xerostomia:

- ☐ sì ☐ no

Disfagia

- ☐ da assente a leggera → regime alimentare normale
- ☐ media → alimentazione morbida
- ☐ severa → consultare il medico curante

Alitosi:

- ☐ evidente (oltre la sopportabilità sociale)

Status dentale

Curare																
Osservare																
A posto																
Diagnosi																
	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
Diagnosi																
A posto																
Osservare																
Curare																

Diagnosi: P (parodontite, periimplantite), AP (ascesso parodontale), C (caries), CR (caries radicolare), F (fistola), PO (perdita dell'otturazione), RR (resto radicolare)

Trattamenti: ex, ott., endo, NA (nitrato d'argento), SDF (fluoruro di diammina d'argento)

☐

Protesi totale superiore

☐

Protesi parziale superiore

☐

Protesi totale inferiore

☐

Protesi parziale inferiore

Stato dell'igiene

Denti arcata superiore:

- ☐ buona
☐ mediocre
☐ insufficiente

Denti arcata inferiore:

- ☐ buona
☐ mediocre
☐ insufficiente

Protesi arcata superiore:

- ☐ buona
☐ mediocre
☐ insufficiente

Protesi arcata inferiore:

- ☐ buona
☐ mediocre
☐ insufficiente

Stato della/delle protesi

Protesi arcata superiore:

- ☐ a posto
☐ danni ai quali si può rimediare subito
☐ danni ai quali deve rimediare il medico dentista/l'odontotecnico
☐ nuova protesi necessaria
☐ non presente

Protesi arcata inferiore:

- ☐ a posto
☐ danni ai quali si può rimediare subito
☐ danni ai quali deve rimediare il medico dentista/l'odontotecnico
☐ nuova protesi necessaria
☐ non presente

Ulteriori misure

☐ Igiene orale☐ Igiene orale professionale nell'istituto di cur☐ Direttive individuali per l'igiene orale → Modulo supplementare☐ Istruzioni impartite oralmente al personale di cura:

☐ Senza protesi per _____ giorni _____ (arcata superiore/inferiore)☐ Misure terapeutiche:

Osservazioni	
Nome e indirizzo dello studio odontoiatrico Medico dentista di riferimento E-mail/n. tel. Timbro	
Data e firma	