

Direttive individualizzate per la cura del cavo orale

Cognome/nome: _____

Data di nascita: _____

Istituto di cura: _____

Camera n.: _____

Igiene orale/protesi



...solo da parte del personale di cura



...con aiuto



...possibile anche autonomamente

RILIEVI CLINICI

ARCATA SUPERIORE: protesi amovibile? ☐ Sì ☐ NoARCATA INFERIORE : protesi amovibile? ☐ Sì ☐ No

DIRETTIVE

Di notte la protesi va tenuta: ☐ in bocca ☐ non in bocca

Pulizia dei denti	Pulizia delle protesi
<input type="checkbox"/> Spazzolino manuale 2 volte al giorno	<input type="checkbox"/> Spazzolino per protesi
<input type="checkbox"/> Spazzolino elettrico 2 volte al giorno	<input type="checkbox"/> Acqua e sapone neutro
<input type="checkbox"/> Pulizia degli spazi interdentali 1 volta al giorno Prodotto: _____ Grandezza: _____	<input type="checkbox"/> Disinfezione con compressa per la pulizia della protesi o con candeggina diluita
<input type="checkbox"/> Dentifricio contenente fluoruri	<input type="checkbox"/> Pulizia professionale da parte di un laboratorio odontotecnico
<input type="checkbox"/> Dentifricio Duraphat 5000 ppm 1 volta al giorno	
<input type="checkbox"/> Collutorio contenente fluoruri _____ volte alla settimana	

<input type="checkbox"/> Collutorio alla clorexidina per ____ giorni	
<input type="checkbox"/> Risciacquo con bicarbonato 1 volta al giorno	
<input type="checkbox"/> Raschietto per la lingua 1 volta al giorno	

Xerostomia

☐

Risciacquo/spray orale

☐

Gel

☐

Altro

Pulizia professionale dei denti ogni _____ mesi

Prossimo controllo dello stato di salute del cavo orale: _____

Osservazioni	
Nome, cognome e indirizzo Curante E-mail/n. tel. Timbro	
Data e firma	