

Mandato di cura per le igieniste dentali/assistenti di profilassi SSO

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

Protesi:	<input type="checkbox"/>
Denti propri:	<input type="checkbox"/>

Igiene orale:	<input type="checkbox"/> buona	<input type="checkbox"/> sufficiente	<input type="checkbox"/> insufficiente
Igiene della protesi:	<input type="checkbox"/> buona	<input type="checkbox"/> sufficiente	<input type="checkbox"/> insufficiente

Mandato

Denti residui ☐ Pulizia dei denti ☐ Trattamento con fluoruri☐ Nitrato d'argento/fluoruro di diammina d'argentoProtesi ☐ Pulizia con gli ultrasuoniIstruzioni di igiene orale all'ospite: ☐Istruzioni ai curanti: ☐ denti propri ☐ protesi

Osservazioni	
Nome e indirizzo dello studio dentistico Medico dentista della struttura E-mail/n. tel. Timbro	
Data e firma	