

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

Cognome/nome: _____

Igiene orale/protesi



...solo da parte del personale di cura



...con aiuto



...possibile anche autonomamente

Data di nascita: _____

Istituto di cura: _____

Camera n.: _____

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'argento

Protesi Pulizia con gli ultrasuoni

Istruzioni 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	