

پرونده پرئودانتیکس



دانشگاه شیراز، دانشکده دندانپزشکی شیراز

بخش پرئو	تاریخ:
نام بیمار:	شماره پرونده:
تلفن:	نام استاد:
شغل:	نام دانشجو:

شکایت اصلی بیمار:

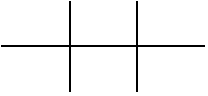
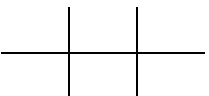
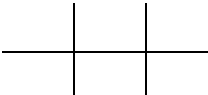
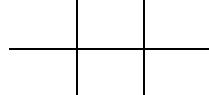

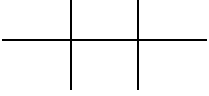


- | | |
|-----------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> بله | ۱. فشار خون |
| <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> بله | ۲. بیماریهای قلبی (روماتیسم قلبی و...) |
| <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> بله | ۳. بیماریهای ریوی (آسم، سل و...) |
| <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> بله | ۴. بیماری قند (دیابت) |
| <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> بله | ۵. بیماری کبدی: هپاتیت (یرقان) |
| <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> بله | ۶. نارسائی کلیوی |
| <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> بله | ۷. بیماریهای مقاربتی |
| <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> بله | ۸. بیماریهای خونی: (کم خونی، اختلالات انعقادی، هموفیلی و...) |
| <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> بله | ۹. افزایش یا کاهش وزن: |
| <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> بله | ۱۰. آیا تا به حال تحت اشعه درمانی قرار گرفته اید؟ |
| <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> بله | ۱۱. آیا اخیراً تحت درمان پزشکی بوده اید؟ به چه علت؟ |
| <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> بله | ۱۲. آیا در حال حاضر دارویی مصرف می کنید؟ |
| <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> بله | ۱۳. آیا حساسیت به دارو یا مواد بخصوصی دارید؟ |
| <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> بله | ۱۴. آیا پس از تزریق داروی بی حسی موضعی دچار ناراحتی شده اید؟ |
| <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> بله | ۱۵. آیا خونریزی غیر عادی طولانی پس از کشیدن دندان داشته اید؟ |
| <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> بله | ۱۶. آیا به غیر از مواد فوق عارضه دیگری دارید؟ ذکر نمائید. |
| <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> بله | (در مورد خانم ها): ۱. آیا حامله هستند؟ |
| <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> بله | ۲. آیا مریض نیازی به مشاوره پزشکی دارد؟ |

اینجانب ضمن تأیید مطالب پرسشنامه از نوع درمانهای دندانپزشکی و اعمال جراحی که در مورد من انجام خواهد شد و نتایج حاصله از آن که توسط دندانپزشک برای من تشریح شده اطلاع کافی داشته و رضایت کامل خود را با انجام هر نوع درمانی که صلاح بدانند اعلام می دارم و نتایج آن کاملاً مورد قبول اینجانب خواهد بود. ضمناً برائت پزشک معالج را از هرگونه ضمان قانونی و شرعی ناشی از معالجات ذکر شده اعلام می نمایم.

امضا بیمار

معاینه های کلینیکی:

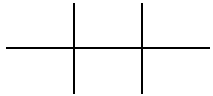
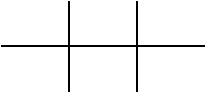
<input type="checkbox"/> لفتادنوپاتی	<input type="checkbox"/> ضایعه خاص نظیر زخم	<input type="checkbox"/> تغییر رنگ	<input type="checkbox"/> آسیمتری	معاینه خارج دهانی:
لوزه ها:	مخاط گونه:	زبان و کف دهان:	لب ها:	معاینه داخل دهانی:

لینگوال	باکال	وضعیت لته:
		رنگ لته (Color)
		بافت لته (Texture)
		قوام لته (firm or loose)
		خونریزی (Bleeding)

فرم لته (Contour):

<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes	Scalloped
<input type="checkbox"/> Flat	<input type="checkbox"/> Blunt	Papillae
<input type="checkbox"/> Crater	<input type="checkbox"/> Pyramidal	

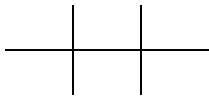
		<input type="checkbox"/> Roll	<input type="checkbox"/> Knifedge	Margin
Buccal	Lingual			

		<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Hyperplastic	Size
Buccal	Lingual			

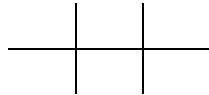
<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes	Frenum pull
-----------------------------	------------------------------	-------------

وضعیت بهداشت دهان:

لینگوال

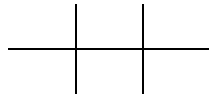
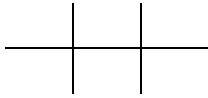


باکال



جرم های بالای لثه (supra gingival calculus)

جرم های زیر لثه (sub gingival calculus)



No Yes :Stain

وضعیت اکلوزن:

class1 class2 class3

طبقه بندی:

Open bite Crossbite

Crowding

اختلالان اکلوزنی:

Deep bite

دررفتگی مفصل

Clicking

وضعیت مفصل گیجگاهی:

Bruxism

سیگار

تنفس دهانی

عادات:

Clenching

تفسیر رادیوگرافیک:

۱. تغییرات لامینا دورا (P.D.L)

۲. تحلیل افقی استخوان (Horizontal bone loss)

۳. تحلیل عمودی استخوان (Vertical bone loss)

آزمایشات لابراتواری

تشخیص (Diagnosis)

پیش آگهی درمان:

بد

متوسط

خوب

پروگنوز کلی:

Hopeless

Questionable

Favorable

پروگنوز اختصاصی:

طرح درمان (Treatment plan)

Non-surgical phase

Surgical phase

Maintenance

پلاک ایندکس

۱. دندان هایی که نیستند با علامت (*) مشخص کنید.
۲. برای این که خرده های غذائی برداشته شوند بیمار دهان خود را کاملاً با آب شستشو دهد.
۳. از مواد رنگ کننده باکتریال پلاک استفاده شود به نحوی که تمام دندانها و بخصوص ناحیه ای تاج دندانها به این مواد آغشته شوند.
۴. بیمار به مدت ۱۵ ثانیه دهان خود را دو مرتبه با آب شستشو دهد.
۵. از دندان شماره ۱ شروع کرده و تا دندان ۳۲ تمام سطوح (مزیال، دیستال، باکال و لینگوال) دندانها را در ناحیه مجاور لثه بررسی می کنیم و در صورت وجود باکتریال پلاک در محل مربوط علامت (✓) می گذاریم.
۶. طرز محاسبه شاخص بهداشت دهان به قرار زیر است:

شاخص باکتریال پلاک = تعداد کل دندان ها * ۴ / تعداد سطوحی که باکتریال پلاک دارند * ۱۰۰

مثال: اگر ۲۸ دندان در دهان موجود است و فقط ۲۴ سطح باکتریال پلاک دارند، در این صورت شاخص باکتریال پلاک مساوی ۲۱ است. $(28 * 4 / 24 * 100 = 21\%)$

۷. شاخص ۱۵٪ حد اپتیمم است و لذا درمان های جراحی پرپودنتال و یا ترمیمی تا زمانی که شاخص بهداشت دهان بیمار به ۱۵٪ نرسیده باشد تجویز نمی گردد.

Plaque Control Records

Date:

8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8

Plaque score%:

Date:

8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8

Plaque score%:

