

CARTELLA ORTODONTICA ANAMNESTICA

PAZIENTE Cognome _____ Nome _____
 nato il _____ Sesso F M C. Fiscale _____
 residente _____
 ☎ _____

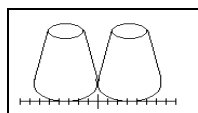
RISPONDERE E COMPLETARE **TUTTE** LE SEGUENTI DOMANDE:

All'esame funzionale della bocca,
 la mandibola presenta uno spostamento nel raggiungere
 la sua massima chiusura ?

SI NO

Se la risposta è NO, ci troviamo di fronte ad un caso con intercuspidação centrica
 Se la risposta è SI ci troviamo di fronte ad una possibile deviazione mandibolare

Indicare la linea mediana del viso rispetto agli incisivi centrali superiori



considerando il paziente di fronte

| | | | |
|----|---|--|----|
| 1 | IL PAZIENTE RIFERISCE L'ABITUDINE VIZIATA DI INTERPORRE/SUCCHIARE IL DITO ? ALTRO ? | | 1 |
| 2 | IL PAZIENTE HA L'ABITUDINE DI SUCCHIARSI IL LABBRO INFERIORE ? | | 2 |
| 3 | IL PAZIENTE PRESENTA FRENULI CORTI O IPERTROFICI ? <input type="checkbox"/> LINGUALE INTERINCISIVO | | 3 |
| 4 | IL PAZIENTE PRESENTA INTERPOSIZIONE O SPINTA DELLA LINGUA SUGLI INCISIVI ? <input type="checkbox"/> IN DEGLUTIZIONE <input type="checkbox"/> A RIPOSO | | 4 |
| 5 | IL PAZIENTE RIFERISCE ALLERGIE DA CONTATTO ? SE SÌ SPECIFICARE CHIARAMENTE MATERIALI O AGENTI >>> | | 5 |
| 6 | IL PAZIENTE RIFERISCE/PRESENTA RESPIRAZIONE ORALE ? <input type="checkbox"/> VIZIATA <input type="checkbox"/> CRONICA <input type="checkbox"/> TONSILLE <input type="checkbox"/> ADENOIDI | | 6 |
| 7 | IL LABBRO INFERIORE È ABITUALMENTE STIRATO O IPERTESO ? | | 7 |
| 8 | IL PAZIENTE RIFERISCE DISTURBI ARTICOLARI MANDIBOLARI ? SE SÌ SPECIFICARE >>> | | 8 |
| 9 | SE IL PAZIENTE È FEMMINA OLTRE I 10 ANNI, HA GIÀ AVUTO IL MENARCA ? SE SÌ SPECIFICARE A QUALE ETÀ >>> SE MASCHIO COMPRESO FRA I 12 E I 17 ANNI FARE RX 5x4 COME INDICATO NEL RETRO | | 9 |
| 10 | IL PAZIENTE PRESENTA PROBLEMI PARODONTALI ? | | 10 |
| 11 | SONO PRESENTI PROBLEMI POSTURALI ? SE SÌ SPECIFICARE >>> | | 11 |
| 12 | IL PAZIENTE MANTIENE UNA CORRETTA IGIENE ORALE ? | | 12 |
| 13 | IL PAZIENTE E/O FAMILIARI SONO TASSATIVAMENTE CONTRARI AD AVULSIONI DENTALI ? | | 13 |
| 14 | IL PAZIENTE E/O GENITORI RICHIEDONO TASSATIVO TRATTAMENTO ESTETICO ? <input type="checkbox"/> MASCHERINE <input type="checkbox"/> TECNICA LINGUALE | | 14 |

modello 04/15

Consenso relativo ai dati personali (Privacy) Ai sensi dell'articolo 23 Legge 30.06.2003 n° 196

Il sottoscritto, _____ acquisita l'informativa di cui all'articolo 13 del D.L 196/2003 (finalità e modalità del trattamento), presta il proprio consenso al trattamento dei dati personali, ivi compresi quelli sensibili, anche per la loro comunicazione e diffusione, ai sensi della vigente normativa in materia di protezione dei dati personali.

Il paziente o genitore (se minorenni)

DATA

Il medico curante