

CARTELLA ORTODONTICA ANAMNESTICA

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

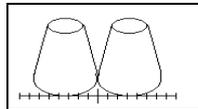
RISPONDERE E COMPLETARE **TUTTE** LE SEGUENTI DOMANDE:

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 <input type="checkbox"/> 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 12/19

Consenso relativo ai dati personali (Privacy) Regolamento UE 2016/ 679 GDPR

Il sottoscritto, _____ acquisita l'informativa sulla finalità e modalità del trattamento dei dati,
presta il proprio consenso al trattamento e trasmissione degli stessi, ivi compresi quelli sensibili, al solo scopo di consentire il regolare
sviluppo del trattamento medico ortodontico.

Il paziente o genitore (se minorenne)

DATA

Il medico curante