

CARTELLA ORTODONTICA ANAMNESTICA

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

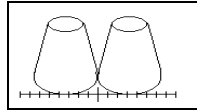
RISPONDERE E COMPLETARE **TUTTE** LE SEGUENTI DOMANDE:

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 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