Ministero della Salute

FAC-SIMILE SCHEDA AZZURRA

Regione Lazio

n.

BUONO PROTESI DENTARIA

(a cura della UOP)

UOP codice ☐

Cognome_____Nome_____ Codice Fiscale |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Sesso: ☐ maschio ☐ femmina Stato civile: ☐ celibe/nubile ☐ coniugato/a ☐ separato/a ☐ divorziato/a ☐ vedovo/a

Data di nascita |_|_| |_|_| |_|_|_|_| (gg mm anno) Comune di nascita_____ (se estero, paese) Comune di residenza_____

ANAMNESI:

☐ Pregresso infarto del miocardio ☐ Scompenso cardiaco ☐ Ipertensione ☐ Diabete ☐ Epatopatia ☐ Epatite
☐ Allergie ☐ Broncopneumopatia cronica ostruttiva ☐ Altro (specificare)

TERAPIA IN ATTO:

☐ Anticoagulante ☐ Antidiabetica ☐ Antianginosa ☐ Antiaritmica ☐ Salicilati
☐ Antiipertensiva ☐ Anticonvulsivante ☐ Antistaminica ☐ Immunodepressiva

VALUTAZIONE IDONEITA':

☐ positiva

☐ negativa temporanea, motivi: ☐ carie destruente ☐ denti inclusi o ritenuti ☐ parodontopatia
☐ atrofia grave dei mascellari ☐ neoformazione benigna/osteolitica e non ☐ neoformazione maligna/osteolitica e non
☐ patologia post traumatica ATM ☐ interessamento cavo orale da patologie sistemiche
☐ Altro (specificare) ☐ Altro (specificare)_____

☐ negativa assoluta, motivi: ☐ n. denti superiore a 5 nel cavo orale ☐ segni inequivocabili di presenza di protesi
☐ malattia del cavo orale incompatibile con la protesi (specificare)_____
☐ patologia importante (specificare)

ESAME ORTOPANORAMICO: ☐ effettuato dalla UOP ☐ già effettuato ☐ non effettuato

PIANO DI TRATTAMENTO ODONTOIATRICO PROPOSTO: *(barrare le caselle appropriate, riportando per esteso il trattamento proposto)*

	Arcata superiore	Arcata inferiore
Protesi parziale o totale	☐	☐
Protesi parziale o totale su 2 impianti con ancoraggio a pallina	☐	☐
Protesi parziale o totale su 3 impianti con ancoraggio a pallina	☐	☐

Descrizione piano di trattamento_____

_____

☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ (8 7 6 5 4 3 2 1)	☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ (1 2 3 4 5 6 7 8)
☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ (8 7 6 5 4 3 2 1)	☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ (1 2 3 4 5 6 7 8)

Barrare gli elementi dentali presenti

☐ L'utente rifiuta il piano di trattamento

Firma_____

Osservazioni_____

_____

Data valutazione |_|_| |_|_| |_|_|_|_| (gg mm anno)

Firma e timbro odontoiatra
che ha effettuato la valutazione

_____

FAC-SIMILE SCHEDA AZZURRA