

# Cartella clinica del paziente



## DATI PAZIENTE

Cognome: .....

Nome: .....

Indirizzo: .....

.....

.....

Tel. / Cellulare: .....

Email: .....

Sesso: ..... Data di nascita: ..... / ..... / .....

Numero di previdenza sociale: .....

Assicurazione medica: .....

Numero di cartella: .....

Ricostruiamo fiducia.

**Anthogyr**

# ANAMNESI INIZIALE - DATA: ..... / ..... / .....



## Dati odontoiatra

Nome Odontoiatra: .....

Indirizzato da:  Odontoiatra abituale: .....

Altro: .....

Motivo del consulto:  funzione masticatoria  Estetica  Funzione fonetica

.....

.....

.....

## Controindicazioni permanenti

Radioterapia

Diabete non controllato

Allergie (specificare): .....

.....

Altro (specificare): .....

.....

## Controindicazioni temporanee

Cardiopatia valvolare

Terapia anticoagulante

Gravidanza

Ritardo nella crescita

Bifosfonati

Altro (specificare): .....

.....

## Stile di vita - Check-up odontoiatrici

Fumo:  Si Se Si:  >10 sigarette al giorno

<10 sigarette al giorno

No

Alcol:  Si  No

Check-up:  Regolari  Occasionali

Livello di placca:  Lieve  Moderato  Moderato

## Questionario medico

Completato:  Si  No

## Note

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

# ANAMNESI PAZIENTE



## Note

### Patologie orali

- Carie
- Malattia parodontale
- Trauma
- Lesioni endodontiche
- Altro

### Esame parodontale

- Parodonto sano
- Sanguinamento moderato
- Infiammazione purulenta

### Esame oclusale

- Classe I
- Classe II
- Classe III

### Fattori di rischio estetico

- Linea del sorriso:  Alta  Normale  Bassa
- Aspettativa estetica:  Alta  Normale
- (Allegare una foto)

### Test biologici

- Emocromo
- Conta degli ioni
- Test glicemico
- PT INR
- Altro (specificare): .....

### Esame radiologico

- Rx retroalveolare
- Rx panoramica
- Tomografia

### Apertura della bocca

- ≤ 2 dita
- ≥ 3 dita

### Pre-trattamento

Data: ..... / ..... / .....

- Pre-trattamento
- Estrazione(i) - Siti: .....
- Gestione tessuti molli
- Espansione ossea:
  - GBR
  - Bone graft
  - Rialzo del seno
  - Materiali per bone graft (specificare)
  - Membrana (specificare)
  - PRF

# PIANO DI TRATTAMENTO



## Restauri

- Singolo
- Cementato
- Multiplo
- Avvitato

## Volume osseo

Valutazione da palpazione clinica:

- Buona
- Discreta
- Scarsa

Spessore della cresta alveolare:

- Spessa
- Sottile

Mucosa:

- Spessa
- Sottile

No.	18	17	16	15	14	13	12
Data:							
Impianto utilizzato: N° Lotto: Diametro: Lunghezza: Torque inserimento: Densità ossea:							
Data:							
Cod. Vite guarigione:							
Diametro:							
Altezza:							
Data:							
Cod. Moncone definitivo:							
Diametro:							
Altezza:							

No.	48	47	46	45	44	43	42
Cod. Moncone definitivo:							
Diametro:							
Altezza:							
Data:							
Cod. vite guarigione:							
Diametro:							
Altezza:							
Data:							
Impianto utilizzato: N° Lotto: Diametro: Lunghezza: Torque inserimento: Densità ossea:							
Data:							

## Note

.....










.....







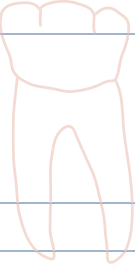


.....

.....

.....

.....

11	21	22	23	24	25	26	27	28
								

41	31	32	33	34	35	36	37	38
								

# RIEPILOGO OPERATIVO - DATA: ..... / ..... / .....



## Anestesia

- Convenzionale
- Tronculare
- Tipo di ago: .....
- Sedazione cosciente:  Si  No

## Incisione

- Flapless
- Lembo
- Tipo di lembo:  Tutto spessore  Spessore parziale

## Procedura chirurgica - prima fase

- Data: ..... / ..... / .....
- Carico immediato post-estrattivo
  - Chirurgia in una fase
  - Chirurgia in due fasi - Data: ..... / ..... / .....
  - Chirurgia guidata
  - Carico immediato
  - Carico differito - Tempo di carico: ..... / ..... / .....

## Note

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

## Report post-operatorio | Rx post-operatoria: Si No

.....

.....

.....

## Report post-operatorio

Data: ..... / ..... / .....

- Impianto(i):
- Guarigione tessuti molli:  Buona  Discret
  - Trattamento post-operatorio:  Si  No  
(antibiotici, anti-infiammatori, anti-dolorifici, risciacqui...)
  - Dolore costante:  Si, durata:  No
  - Igiene orale soddisfacente:  Si  No
  - Rimozione della sutura:  Si  No
  - Complicazioni post-operatorie:  Si  No

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

## Procedura chirurgica - seconda fase

- Data: ..... / ..... / .....
- Tempo di caricamento obiettivo: ..... (settimane)
  - Valutazione radiografica:  Si  No

### Protesi provvisoria

Data: ..... / ..... / .....

Sì  No

Realizzati dall'implantologo

Realizzati dal laboratorio

Realizzati dal protesista

Rapporto del protesista

Tecnica di impronta: .....

### Protesi definitiva

Data: ..... / ..... / .....

Cementata

Avvitata

Overdenture su attacchi

Su barra

Metallo

Metallo-ceramica

Ceramica

Zirconia

Sovrastruttura fusa

CAD/CAM

### Note

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

## MANTENIMENTO E CONTROLLO DEL TRATTAMENTO IMPLANTARE



A 3 mesi: .....

.....

.....

A 6 mesi: .....

.....

.....

A 1 anno: .....

.....

.....

A 2 anni: .....

.....

.....

Gli impianti sono dispositivi medici destinati ai professionisti della chirurgia dentale. Si tratta quindi di un dispositivo medico regolamentato con marchio CE. Produttore: Anthogyr - Vi invitiamo a contattare il vostro dentista per qualsiasi domanda sull'uso di questi dispositivi medici.



**Per ulteriori informazioni, visitare il sito**  
**[anthogyr.it/pazienti](https://anthogyr.it/pazienti)**

**Anthogyr**  
A Straumann Group Brand