

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 odontoiatrica

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):

Note

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

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

ANAMNESI PAZIENTE



Patologie orali

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

Note

- ## Esame parodontale

- Parodonto sano
 - Sanguinamento moderato
 - Infiammazione purulenta

Esame occlusale

- 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

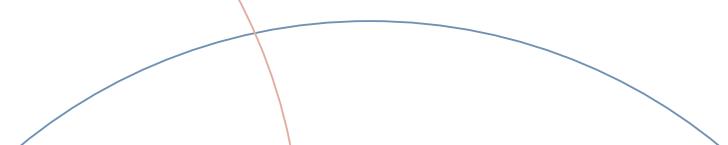
Volume osseo

- 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:							

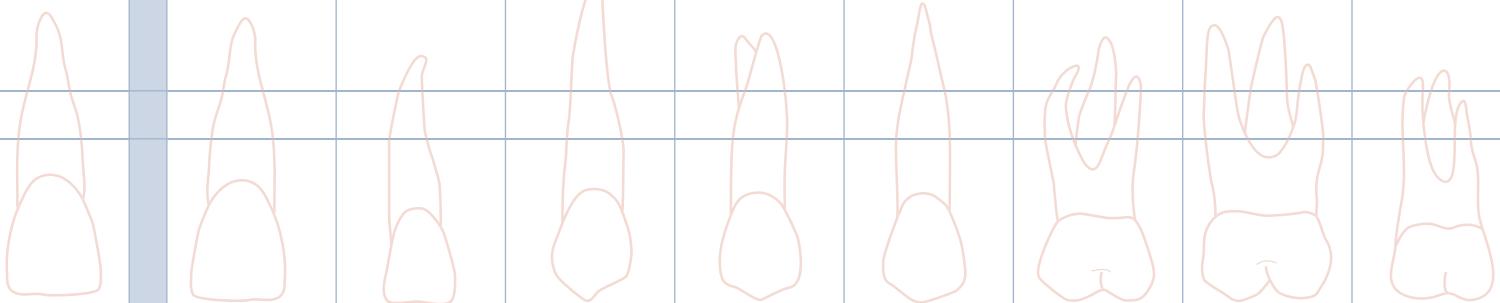
No.	48	47	46	45	44	43	42
Cod. Moncone definitivo:							
Diametro:							
Altezza:							
Data:							
Cod. vite guarigione: Diametro: Altezza:							
Data:							
Impianto utilizzato: N° Lotto: Diametro: Lunghezza: Torque inserimento: Densità ossea:							
Data:							



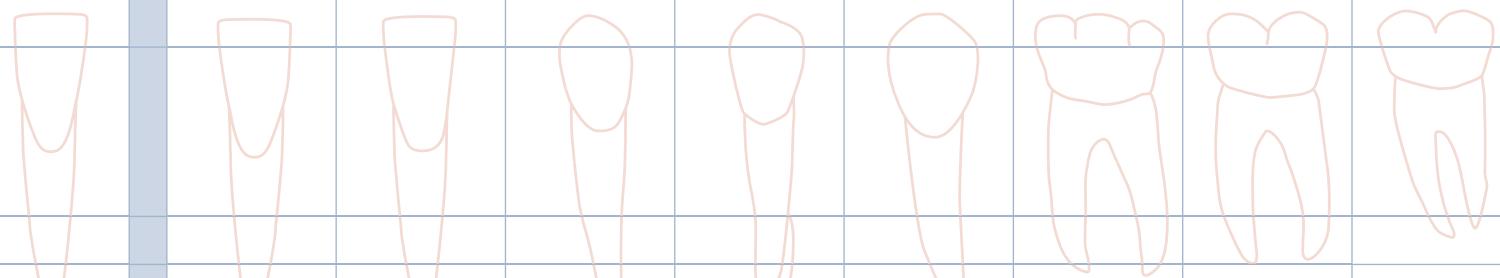
Note

.....
.....
.....
.....
.....

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

Note

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: / /

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: / /

- Si No
 Realizzati dall'implantologo
 Realizzati dal laboratorio
 Realizzati dal protesista
 Rapporto del protesista

Tecnica di impronta:

Note

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Protesi definitiva

Data: / /

- Cementata Avvitata
 Overdenture su attacchi Su barra
 Metallo Metallo-ceramica
 Ceramica Zirconia
 Sovrastruttura fusa CAD/CAM

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.

Made in France

Per ulteriori informazioni, visitare il sito
anthogyr.it/pazienti

