

# SCHEDA CERTIFICATIVA DI VALUTAZIONE TRAUMA DENTALE IN PAZIENTI IN ETÀ EVOLUTIVA

Data di compilazione \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Cognome \_\_\_\_\_

Timbro Medico / Struttura Sanitaria

Nome \_\_\_\_\_

Data di nascita \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Sesso:  M  F

Accompagnato da:

Cognome \_\_\_\_\_

Nome \_\_\_\_\_

Grado di parentela \_\_\_\_\_

Data del trauma: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Tempo trascorso dal trauma:  30 minuti  1 ora  >1 ora  >2 ore

**Luogo del trauma:**  strada  scuola  casa  
 area condominiale  
 altro \_\_\_\_\_

**Dinamica del trauma:**  caduta  incidente automobilistico  
 incidente di gioco  incidente di sport  
 altro \_\_\_\_\_

**Sintomatologia post-traumatica:**  cefalea  amnesia  perdita di coscienza  nausea  vomito  alterazioni vista  
 crisi convulsive  difficoltà linguaggio  limitazione apertura /chiusura della bocca  sanguinamento  disturbi del morso  
 variazioni termiche e chimiche  
 dolore spontaneo (*dove* \_\_\_\_\_)  dolore alla masticazione (*dove* \_\_\_\_\_)  dolore alla pressione (*dove* \_\_\_\_\_)  
 altro \_\_\_\_\_

**Patologie remote:**  discoagulopatie \_\_\_\_\_  anomalie maxillo-facciali \_\_\_\_\_  
 altro \_\_\_\_\_

**Precedenti trauma dentari:**  si  no  
**Se si:** quando \_\_\_\_\_ entità \_\_\_\_\_  
 quando \_\_\_\_\_ entità \_\_\_\_\_  
 quando \_\_\_\_\_ entità \_\_\_\_\_

**Indagini praticate:**  nessuna  rx massiccio facciale  OPT  
 TC  altro \_\_\_\_\_

**Copertura antitetanica:**  si  no

## Formula Dentaria (Organizzazione Mondiale della Sanità):

0-6 anni dentatura di latte (decidua)

6-11 anni dentatura mista

11-16 anni dentatura dell'adulto (permanente)

Arcata Superiore	Arcata Superiore	Arcata Superiore
Arcata Inferiore	Arcata Inferiore	Arcata Inferiore

Contrassegnare con una X il numero corrispondente all'elemento dentario interessato dal trauma

Evidenziare, nel rettangolo corrispondente al dente, il tipo di lesione: AV (Avulsione), DS (Dislocazione), FR (Frattura), MO (Mobilità)

Firma genitore/tutore

Firma medico

# SCHEDA CERTIFICATIVA DI VALUTAZIONE TRAUMA DENTALE IN PAZIENTI IN ETÀ EVOLUTIVA

Data di compilazione \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Cognome \_\_\_\_\_

Timbro Medico / Struttura Sanitaria

Nome \_\_\_\_\_

Data di nascita \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Sesso:  M  F

Accompagnato da:

Cognome \_\_\_\_\_

Nome \_\_\_\_\_

Grado di parentela \_\_\_\_\_

Presenza di dispositivo ortodontico nell'area traumatizzata:  si  no

Presenza di lesione mucosa orale:  si  no

Presenza di lesione elementi di sostegno:  si  no

*Se si:* quale \_\_\_\_\_ dove \_\_\_\_\_

*Se si:*  gengiva  osso  altro \_\_\_\_\_

quale \_\_\_\_\_ dove \_\_\_\_\_

quale \_\_\_\_\_ dove \_\_\_\_\_

Presenza di reazione a:  stimoli termici  cibi dolci

Presenza di lesioni (escoriazioni, ematomi) extraorali:  si  no

cibi acidi

*Se si:* quale \_\_\_\_\_ dove \_\_\_\_\_

altro \_\_\_\_\_

quale \_\_\_\_\_ dove \_\_\_\_\_

Coinvolgimento traumatico di altra sede:

mandibola  mascellare superiore  ATM  volto  rachide cervicale  altro \_\_\_\_\_

Trattamento praticato:

reimpianto  riposizionamento  altro \_\_\_\_\_

**Esame Obiettivo Generale**

È cosciente:  si  no

Ostruzione vie aeree:  si  no

Pressione Arteriosa \_\_\_\_\_ mmHg

Frequenza Cardiaca \_\_\_\_\_ bpm

Frequenza Respiratoria \_\_\_\_\_ atti/min

Obiettività toracica, cardiaca ed addominale: \_\_\_\_\_

Terapia prescritta:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Raccomandazioni comportamentali:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Indagini strumentali consigliate:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Prognosi:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

NECESSITA DI VISITA SPECIALISTICA  si  no

Firma genitore/tutore

Firma medico