



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی گیلان  
دانشکده دندانپزشکی

جهت درمان ریشه توسط دانشجو مورد تایید می باشد.

دندان شماره

تاریخ:

امضاء اساتید

واحد اندو عملی ۱

واحد اندو عملی ۲

واحد اندو عملی ۳



بخش محترم پروتز / ترمیمی

توسط دانشجو ..... انجام گردیده است،

درمان ریشه دندان

لطفا در خصوص بازسازی تاج اقدام فرمایید.

کانال	طول کارکرد	Reference Point

اطلاعات بیمار	نام و نام خانوادگی	اندو	۱	۲	۳	شماره پرونده:	تاریخ:
	آدرس:	تلفن ثابت:	همراه:				میزان تحصیلات:

دانشجو موظف است قبل از شروع درمان، پرونده بیمار را تکمیل نماید، رضاینامه را به امضاء بیمار / سرپرست بیمار برساند و هماهنگی لازم را با اساتید بخش انجام دهد.

تاریخچه دندان

۱. آیا در حال حاضر تحت نظر پزشک می باشید؟  خیر  بله  به چه علت:

۲. کدام یک از بیماری های ذیل را داشته اید؟  
 بیماری های قلبی مانند جراحی قلب؛ سکت قلبی؛ فشار خون غیر طبیعی  
 ناراحتی کبدی مانند یرقان؛ زردی؛ هپاتیت و ....  
 ناراحتی های کوارشی مانند زخم معده؛ خونریزی معده و ....  
 سابقه شیمی درمانی یا رادیوتراپی  
 صرع و ناراحتی های عصبی

بیماری خونی مانند کم خونی؛ هموفیلی و ....  
 دیابت  سل  
 آسم و آلرژی  سینوزیت  
 بیماری تیروئید  آرتریت  
 ایدز  مصرف دخانیات

۳. آیا در حال حاضر از دارو استفاده می کنید؟  خیر  بله  به چه علت: نام دارو:

۴. سابقه حساسیت به غذا  آسپرین  پنی سیلین  داروهای بی حسی  آنتی بیوتیک

۵. آیا در بیمارستان بستری شده اید؟  خیر  بله  به چه علت:

۶. آیا تاکنون عمل جراحی داشته اید؟  خیر  بله  به چه علت:

۷. آیا تا به حال به شما خون تزریق شده است؟  خیر  بله  به چه علت:

۸. (مخصوص خانم ها) آیا باردار هستید؟  خیر  بله  چند ماهه هستید؟

۹. در صورت سابقه کار دندانپزشکی مشکلی داشته اید؟

۱۰. در صورتیکه ناراحتی دیگری دارید شرح دهید.

**تعهد و امضای بیمار**

اینجانب..... رضایت خود را نسبت به انجام کلیه درمان های دندانپزشکی که در این دانشکده به منظور تامین اهداف آموزشی دانشجویان جهت رفع مشکل یا مشکلات تشخیص داده شده اینجانب صورت می پذیرد اعلام می دارم و چنانچه درمان های مذکور منجر به خسارات یا صدمات گردد حق پیگیری انجام دهندگان آن را از خود سلب می نمایم. همچنان مطلع هستم که ممکن است درمان ریشه چندین جلسه درمانی به طول بیانجامد و بخش اندودانتیکس تعهدی در قبال ترمیم تاج (پر کردن / روکش) دندان مورد نظر ندارد.

اعضاء  تاریخ

Subjective علائم	شکایت اصلی:	<input type="checkbox"/> گذرا <input type="checkbox"/> مداوم <input type="checkbox"/> نحوه آغاز درد <input type="checkbox"/> با محرک <input type="checkbox"/> خود به خود <input type="checkbox"/>
	مدت درد:	<input type="checkbox"/> سرما <input type="checkbox"/> گرما <input type="checkbox"/> شیرینی <input type="checkbox"/> خود به خود <input type="checkbox"/> لمس <input type="checkbox"/> جویدن <input type="checkbox"/> خوابیدن <input type="checkbox"/>
	عامل آغاز کننده درد:	

Objective علائم	تست ها	دندان مورد نظر	دندان شاهد	پاسخ ها	بررسی کلینیکی دندان مورد نظر	بررسی رادیوگرافی
	سرما		+	+ نرمال <input type="checkbox"/>	پوسیدگی شدی	اپکس نرمال
	گرما				پرکردگی عمیق	اپکس باز
	پالپ تستر الکتریکی			++ شدیدتر از	Crack تاج	رادیولوژی پری اپیکال
	Cavity test			نرمال <input type="checkbox"/>	تورم داخل دهانی Sinus tract	رادیولوژی فورکا
	دق			+++ بسیار شدید		کشاد شدگی PDL
	لمس			<input type="checkbox"/>		استئواسکلروز
	عمق پروپ اطراف دندان			عدم پاسخ		استئولیت کندانسنگ
	لقی دندان			<input type="checkbox"/>		
					آبولوجی	

تشخیص کلینیکی:	MAF	Reference point	W.I	فایل اولیه
وضعیت پالپ:	وضعیت پری اپیکال			
درمان:				
دندان مورد نظر:				

تاریخ	شرح دقیق کارهای انجام شده	استاد

توضیحات