



وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

بخش پروتز ثابت

پرونده پروتز ثابت

نام و نام خانوادگی دانشجو: ..... شماره دانشجویی: .....

استاد: .....

نام و نام خانوادگی بیمار: ..... تاریخ تولد: ...../...../..... جنسیت: زن  مرد

شغل: ..... شماره موبایل: ..... شماره ثابت: .....

آدرس: .....

\* تاریخچه پزشکی:

بیماری های قلبی عروقی	صرع	هیپاتیت
فشار خون بالا	هموفیلی	ایدز
دیابت	بیماری ریوی	بیماری های مقاربتی
بیماری های کلیوی	آسم و آلرژی	حساسیت دارویی یا غذایی
کم کاری تیروئید	لوسمی	بیماری های خود ایمنی
پرکاری تیروئید	سابقه رادیوتراپی یا کموتراپی	بیماری های گوارشی

توضیحات: .....

آیا دارویی مصرف می کنید؟  بله  خیر  نام دارو: .....

➤ معاینات خارج دهانی:

تورم  تغییر رنگ  آسه  زخم  آسیمتری  تبخال

➤ وضعیت TMJ: .....



➤ معاینات داخل دهانی:

وجود Abnormality در:

لیها  مخاط دهان  غدد بزاقی  لته  گونه  کام

➤ اکلوزن: کلاس I  کلاس II  کلاس III

➤ تداخلات اکلوزالی: دارد  ندارد

➤ ناحیه تحت درمان:

وجود پلاک  وجود جرم  موبیلیتی

➤ یافته های رادیوگرافیک

Caries  Apical Lesion  Bone Loss  PDL Widening  Crown/Root Ratio  $\leq 1$

• مشاوره با بخش اندو نیاز  دارد  ندارد

نتیجه مشاوره با بخش اندو: .....

.....

• مشاوره با بخش پریو نیاز  دارد  ندارد

نتیجه مشاوره با بخش پریو: .....

.....

تشخیص و طرح درمان:

امضاء استاد	شرح اقدامات انجام شده	تاریخ