
(наименование организации здравоохранения)

МЕДИЦИНСКАЯ КАРТА
стоматологического пациента № _____

« _____ » _____ 20____ г.
(дата заполнения)

Фамилия, собственное имя, отчество (если таковое имеется) _____

Число, месяц, год рождения « _____ » _____ 20____ г. Пол

М	Ж
---	---

(ненужное зачеркнуть)

Идентификационный номер _____ Гражданство _____

Адрес места жительства (регистрации) _____

Адрес места пребывания (фактического проживания) _____

_____ Номер контактного телефона _____

Место работы (должность служащего), службы (учебы) _____

Государственные социальные льготы:

нет	есть
-----	------

(ненужное зачеркнуть)

Категория льгот: _____

Документ, удостоверяющий право на льготы: _____ серия _____ номер _____

выдан _____ дата выдачи _____ срок действия _____

Лист
назначений и учета нагрузок рентгенологических исследований

[illegible]

Обследование пациента при первичном обращении

Дата обращения « ____ » _____ 20__ г.

Причина обращения, жалобы _____

Развитие настоящего заболевания _____

Состояние общего здоровья со слов пациента

	ненужное зачекнуть		Если ДА, уточнить
Заболевания сердечно-сосудистой системы	ДА	НЕТ	
Заболевания нервной системы	ДА	НЕТ	
Заболевания эндокринной системы	ДА	НЕТ	
Заболевания органов пищеварения	ДА	НЕТ	
Заболевания органов дыхания	ДА	НЕТ	
Инфекционные заболевания	ДА	НЕТ	
Аллергические реакции	ДА	НЕТ	
Постоянное применение лекарственных средств	ДА	НЕТ	
Вредные факторы производственной среды	ДА	НЕТ	
Беременность, послеродовый период	ДА	НЕТ	
Другое			

Внешний осмотр:

конфигурация лица _____

Состояние:

кожных покровов, красной каймы губ _____

регионарных лимфатических узлов _____

височно-нижнечелюстного сустава _____

Стоматологический статус 20 ____ г.

Условные обозначения:

для временных зубов:

А – интактный зуб; В – некариозные поражения; С – кариес, осложненный кариес, пломба с кариесом, дефектом, травма зуба; D – пломба без кариеса, дефекта; Е – удален; F – герметизированные фиссуры; G – коронка.

для постоянных зубов:

0 – интактный зуб; 1 – кариес, осложненный кариес, травма зуба, пломба с кариесом, дефектом; 2 – некариозные поражения, 3 – пломба без кариеса, дефекта; 4 – удален; 5 – дентальный имплантат; 6 – штифтово-культевая вкладка; 7 – коронка, коронка на дентальном имплантате, вкладка, винир; 8 – непрорезавшийся зуб; 9 – искусственный зуб в мостовидном протезе; F – герметизированные фиссуры; R – корень зуба; N – отсутствие зачатка постоянного зуба.

год	Дата																																							
	месяц																																							
3																																								
2																																								
1																																								
					18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28																				
								55	54	53	52	51	61	62	63	64	65																							
								85	84	83	82	81	71	72	73	74	75																							
					48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38																				
1	первый																																							
2	второй																																							
3	третий																																							

ИНДЕКСНАЯ ОЦЕНКА

состояния стоматологического здоровья

1. Интенсивность кариеса зубов: $\square$ КПУ + кпу $\square$ КПУ $\square$ кпу

K = $\square$ П = $\square$ У = $\square$

к = $\square$ п = $\square$ у = $\square$

2. Гигиенический статус:

2.1. упрощенный индекс гигиены полости рта (ОHI-S):

Налет

1.7/1.6	1.1	2.6/2.7
4.7/4.6	3.1	3.6/3.7

Камень

1.7/1.6	1.1	2.6/2.7
4.7/4.6	3.1	3.6/3.7

ОHI-S=

(интерпретация)

2.2. для детей – индекс налета (PLI):

зуб $\square$	зуб $\square$	зуб $\square$	зуб $\square$

PLI=

(интерпретация)

(дополнительно указывается локализация: зуб, сторона, челюсть, иное уточнение)

Прикус _____

Состояние зубов, зубных рядов, пломб, зубных протезов _____

Состояние пародонта _____

Состояние слизистой оболочки рта _____

Данные рентгеновского и других исследований

Диагноз (МКБ-10С*)

* Международная классификация стоматологических болезней на основе Международной классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем, десятого пересмотра.

ЛИСТОК-ВКЛАДЫШ ВРАЧА-СТОМАТОЛОГА

Локализация и характеристика элементов поражения предопухолевых заболеваний слизистой оболочки рта и губ

Локализация элементов поражения и количество поражённых участков				элементов поражения нет
Губа	Язык (боковая, нижняя поверхность, передние 2/3)	Десна	Ретромолярная область	Примечания
Нёбо	Дно полости рта	Щека	Другие отделы рта	

Характеристика элементов поражения

Размер	Форма	Цвет	Возвышение над СОР	Кровоточивость
Налёт	Изъязвление	Признаки озлокачествления	Пузырьки	Другие особенности

ПРИМЕЧАНИЕ: корень языка относится к ротоглотке

Патологические реакции на стоматологические материалы: **ДА / НЕТ**

Анамнез	Жалобы	Симптомы (объективно)	Результат диагностики	
			Гальваноз	Аллергия

Лимфоузлы	Подчелюстные	Шейные	Надключичные	Подмышечные
Размер	до 1,5 см/	до 1,5 см/	до 1,5 см/	до 1,5 см/
Подвижность	подвижны/спаяны	подвижны/спаяны	подвижны/спаяны	подвижны/спаяны
Консистенция	мягкие/плотные	мягкие/плотные	мягкие/плотные	мягкие/плотные

Результаты цитологического и гистологического исследования (подчеркнуть вид исследования) *не проводилось*

Дата осмотра (дд,мм,гггг)	Нет признаков атипии	Атипические плоские клетки (неопределённой значимости)	Дисплазия с указанием степени	Рак

Окончательный диагноз:

Направлен к врачу-онкологу	ИТОГ (нужное подчеркнуть)
ДА / НЕТ	Выздоровление, ремиссия, прогрессирование, озлокачествление

Общий план лечения по результатам обследования пациента при первичном обращении

1. Оказание неотложной помощи _____
2. Профилактические мероприятия (указать) _____
мотивация по факторам риска стоматологических заболеваний, обучение гигиене _____
профессиональная гигиена _____
другие _____
3. Терапевтическое лечение (указать) _____
замена пломб _____
лечение кариеса и некариозных поражений _____
эндодонтическое лечение _____
пародонтологическое лечение _____
лечение заболеваний слизистой оболочки рта _____
другое _____
4. Хирургическое лечение (указать) _____
удаление зубов, корней _____
амбулаторно-хирургические операции _____
на мягких тканях _____
на костях лицевого скелета _____
другое _____
5. Ортопедическое лечение (указать) _____
6. Ортодонтическое лечение (указать) _____
7. Дополнительные диагностические мероприятия (указать) _____
8. Консультация других специалистов (указать) _____

Дата « ____ » _____ 20 ____ г.

Обследование провел _____
(подпись врача-специалиста, зубного фельдшера) (инициалы, фамилия врача-специалиста, зубного фельдшера)

На основании статьи 41 Закона Республики Беларусь от 18 июня 1993 г. № 2435-ХІІ «О здравоохранении» я имел(а) возможность задать все интересующие меня вопросы и получить необходимую исчерпывающую информацию.

С общим планом лечения ознакомлен(а), согласен (согласна) _____
(подпись пациента либо законного представителя)

**ОРТОПЕДИЧЕСКИЙ ВКЛАДЫШ
К МЕДИЦИНСКОЙ КАРТЕ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО ПАЦИЕНТА**

Подготовка полости рта к протезированию

1. Проведение профессиональной гигиены полости рта _____

2. Снятие коронок, мостовидных протезов с зубов _____

с дентальных имплантатов в области _____

3. Терапевтическое лечение:

лечение кариеса и некариозных поражений зубов _____

замена пломб _____

эндодонтическое лечение зубов _____

повторное эндодонтическое лечение зубов _____

лечение заболеваний пародонта и слизистой оболочки рта _____

4. Хирургическое лечение:

удаление зубов, корней _____

хирургические операции:

на мягких тканях _____

на костях лицевого скелета _____

операции дентальной имплантации _____

другие _____

5. Консультации иных врачей-специалистов _____

Дата составления « ____ » _____ 20 ____ г.

Врач-стоматолог-ортопед _____

(подпись)

(инициалы, фамилия специалиста)

С планом подготовки

полости рта к протезированию

ознакомлен(а) и согласен(а): _____

(подпись)

(инициалы, фамилия пациента или его законного представителя)

ПЛАН ОРТОПЕДИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ	КОРРЕКЦИЯ ПЛАНА
1. Изготовление штифтово-культевых вкладок на зубы	
2. Изготовление временных одиночных коронок:	
на зубы	
на дентальные имплантаты в области	
3. Изготовление временных мостовидных протезов:	
с опорой на зубы	
с опорой на дентальные имплантаты в области	
4. Изготовление вкладок, виниров на зубы	
5. Изготовление одиночных коронок:	
на зубы	
с опорой на дентальные имплантаты в области	
6. Изготовление мостовидных протезов:	
с опорой на зубы	
с опорой на дентальные имплантаты в области	
7. Изготовление частичных съемных протезов	
8. Изготовление бюгельных протезов	
9. Изготовление полных съемных протезов	
10. Изготовление индивидуальных окклюзионных шин (капп)	
11. Изготовление капп	

Дата составления « ____ » _____ 20 ____ г.

(должность врача-специалиста)

(подпись)

(инициалы, фамилия специалиста)

С планом ортопедического лечения

ознакомлен(а) и согласен(а):

(подпись)

(инициалы, фамилия пациента или его законного представителя)

Дата коррекции плана « ____ » _____ 20 ____ г.

(должность врача-специалиста)

(подпись)

(инициалы, фамилия специалиста)

Ознакомлен(а) и согласен(а):

(подпись)

(инициалы, фамилия пациента или его законного представителя)

ОРТОДОНТИЧЕСКИЙ ВКЛАДЫШ К МЕДИЦИНСКОЙ КАРТЕ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО ПАЦИЕНТА

Осанка, вредные привычки: _____

Состояние функций челюстно-лицевой системы: _____

Внешний осмотр (эстетика лица): анфас

квадратное

прямоугольное

треугольное

ромбовидное

узкое

широкое

профиль

прямой

вогнутый

выпуклый

Состояние преддверия полости рта, уздечек, языка, миндалин, свода неба, подбородочной, носогубной складок: _____

Наличие патологии несращения неба, альвеолярного отростка, губы: _____

отсутствует

губа

альвеолярный
отросток

мягкое небо

твердое небо

скрытые

односторонние
расщелины

двухсторонние

Прикус: сагитальное соотношение (по Энгля): моляры R L клыки R L

_____ сагиттальная щель (мм) _____

вертикальное соотношение: _____ вертикальная щель (мм) _____

_____ прямой резцовый контакт _____

_____ резцовое перекрытие _____

трансверзальное соотношение:

не нарушено

буккальное

лингвальное

одностороннее

двустороннее

со смещением

без смещения

Аномалии формы зубных дуг: _____

Аномалии отдельных зубов: _____

Диастемы, тремы: в/челюсти величина (мм) н/челюсти величина (мм)

Данные рентгенологического исследования: _____

Изучение диагностических моделей челюстей

План лечения	

Дата ____ » _____ 20 ____ г.

Врач-стоматолог-ортодонт	_____	_____
	(подпись)	(инициалы, фамилия)

С планом лечения ознакомлен(а):	_____	_____
	(подпись пациента либо законного представителя)	(инициалы, фамилия)

Дневник посещений

[illegible]

Дневник посещений

[illegible]

Дневник посещений

[illegible]

Дневник посещений

[illegible]

Дневник посещений

[illegible]

Дневник посещений

[illegible]