

ЗАТВЕРДЖЕНО

Наказ Міністерства охорони здоров'я України

29 травня 2013 року

№

435

Найменування міністерства, іншого органу виконавчої влади, підприємства, установи, організації, до сфери управління якого належить заклад охорони здоров'я _____ _____ Найменування та місцезнаходження (повна поштова адреса) закладу охорони здоров'я, де заповнюється форма _____ Код за ЄДРПОУ _____		МЕДИЧНА ДОКУМЕНТАЦІЯ
		Форма первинної облікової документації № 043-1/о ЗАТВЕРДЖЕНО Наказ МОЗ України № _____
Медична карта ортодонтичного пацієнта № _____ _____рік		
1. Прізвище, ім'я, по батькові _____		
2. Стать: чоловіча – 1; жіноча – 2 <input type="checkbox"/>		
3. Дата народження _____ (число, місяць, рік)		
4. Місце проживання хворого, телефон, e-mail _____		
5. Діагноз _____		
6. Чи звертались до послуг ортодонта раніше? Так <input type="checkbox"/> Ні <input type="checkbox"/> 7. Хто скерував до ортодонта? _____		
8. Скарги на естетичний недолік <input type="checkbox"/> на утруднення пережовування їжі <input type="checkbox"/> на скученість зубів <input type="checkbox"/> на порушення дикції <input type="checkbox"/> на біль при відкриванні рота <input type="checkbox"/> інші _____		
9. Перенесені та супутні захворювання _____		
8. Спадковість _____		
9. Шкідливі звички _____		
10. Вигодовування грудне <input type="checkbox"/> штучне <input type="checkbox"/> змішане <input type="checkbox"/> 11. Дихання ротове <input type="checkbox"/> носове <input type="checkbox"/> змішане <input type="checkbox"/>		
12. Функціональне навантаження нормальне <input type="checkbox"/> лінь жування <input type="checkbox"/> м'яка їжа <input type="checkbox"/> 13. Порушення мови так <input type="checkbox"/> ні <input type="checkbox"/>		
14. Розвиток теперішнього захворювання _____		

І. ПОЗАРОТОВЕ ОБСТЕЖЕННЯ

Обличчя	<i>Симетричне</i>	<input type="checkbox"/>	<i>Асиметричне</i>	<input type="checkbox"/>	<i>Пропорційне</i>	<input type="checkbox"/>	<i>Непропорційне</i>	<input type="checkbox"/>
	Профіль		<i>Прямий</i>	<input type="checkbox"/>	<i>Випуклий</i>	<input type="checkbox"/>	<i>Запалий</i>	<input type="checkbox"/>
	Нижня третина обличчя		<i>Норма</i>	<input type="checkbox"/>	<i>Видовжена</i>	<input type="checkbox"/>	<i>Зменшена</i>	<input type="checkbox"/>
	Середня третина обличчя		<i>Норма</i>	<input type="checkbox"/>	<i>Збільшена</i>	<input type="checkbox"/>	<i>Зменшена</i>	<input type="checkbox"/>
	Кут нижньої щелепи		<i>Норма</i>	<input type="checkbox"/>	<i>Збільшений</i>	<input type="checkbox"/>	<i>Зменшений</i>	<input type="checkbox"/>
	Носогубні складки		<i>Норма</i>	<input type="checkbox"/>	<i>Виражені</i>	<input type="checkbox"/>	<i>Згладжені</i>	<input type="checkbox"/>
	Надборідкова ямка		<i>Норма</i>	<input type="checkbox"/>	<i>Виражена</i>	<input type="checkbox"/>	<i>Згладжена</i>	<input type="checkbox"/>
	Стан колового м'язу		<i>Норма</i>	<input type="checkbox"/>	<i>Напружений</i>	<input type="checkbox"/>		

16. Стан скронево-нижньощелепового суглобу

Відкривання роту	Біль	<i>відкриванні</i>	<input type="checkbox"/>	Клацання	<i>відкриванні</i>	<input type="checkbox"/>	Симетричність рухів	<input type="checkbox"/>	Періодичні головні болі	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>		<i>закриванні</i>	<input type="checkbox"/>		<i>закриванні</i>	<input type="checkbox"/>	Плечовий біль	<input type="checkbox"/>	Шийний біль	<input type="checkbox"/>

ІІ. ВНУТРІШНЬОРОТОВЕ ОБСТЕЖЕННЯ

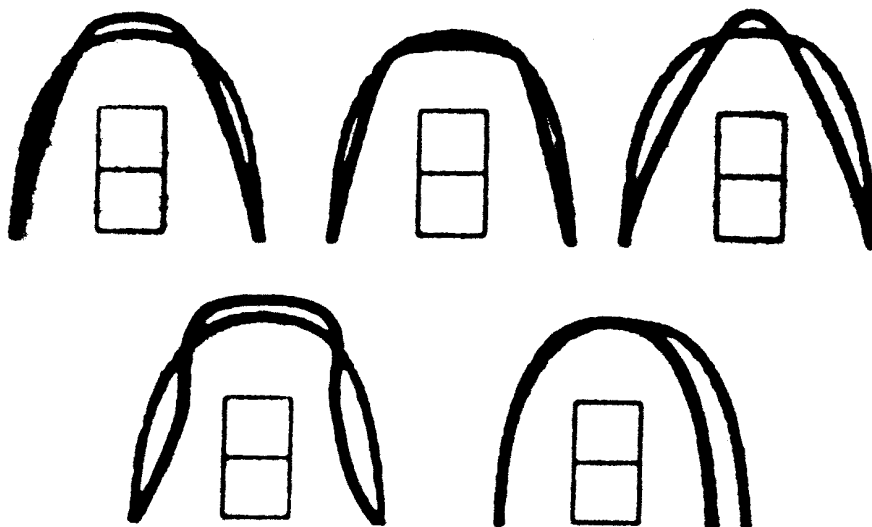
Пристінок порожнини роту	<i>Норма</i>	<input type="checkbox"/>	<i>Дрібний</i>	<input type="checkbox"/>	<i>Глибокий</i>	<input type="checkbox"/>		
Вузечка верхньої губи	<i>Норма</i>	<input type="checkbox"/>	<i>Коротка</i>	<input type="checkbox"/>	<i>Низьке прикріплення</i>	<input type="checkbox"/>		
Вузечка нижньої губи	<i>Норма</i>	<input type="checkbox"/>	<i>Коротка</i>	<input type="checkbox"/>	<i>Високе прикріплення</i>	<input type="checkbox"/>		
Вузечка язика	<i>Норма</i>	<input type="checkbox"/>	<i>Коротка</i>	<input type="checkbox"/>				
Слизова оболонка	<i>В нормі</i>	<input type="checkbox"/>	<i>Гіперемована</i>	<input type="checkbox"/>	<i>Кровоточива</i>	<input type="checkbox"/>		
Розміри язика	<i>Норма</i>	<input type="checkbox"/>	<i>Макро</i>	<input type="checkbox"/>	<i>Мікро</i>	<input type="checkbox"/>		
Положення язика		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		
Прорізування зубів	<i>Раннє</i>	<input type="checkbox"/>	<i>Пізнє</i>	<input type="checkbox"/>				
Гігієна порожнини рота	<i>Добра</i>	<input type="checkbox"/>	<i>Задовільна</i>	<input type="checkbox"/>	<i>Незадовільна</i>	<input type="checkbox"/>		
Період прикусу	Молочний	<input type="checkbox"/>	Змінний	<i>Ранній</i>	<input type="checkbox"/>	Постійний	<i>Ростучий</i>	<input type="checkbox"/>
				<i>Пізній</i>	<input type="checkbox"/>		<i>Неростучий</i>	<input type="checkbox"/>
Форма піднебіння	<i>Нормальне</i>	<input type="checkbox"/>	<i>Готичне</i>	<input type="checkbox"/>	<i>Плоске</i>	<input type="checkbox"/>		

Зубна формула

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

- | | | | |
|---|-----------------|----|--------------|
| C | - карієс | Pt | - пародонтит |
| V | - видалені | O | - відсутні |
| π | - атипова форма | P | - ретиновані |
| D | - декальцинація | T | - травма |

III.б.) Аномалійні форми зубних дуг



II.а.) Стан зубів

Структура

Форма

Величина

Кількість *Адентія* *Надкомплектні*

Ретенція

Види положення:

<i>Вестибулярне</i>	<input type="text"/>	<i>Мезіальне</i>	<input type="text"/>
<i>Оральне</i>	<input type="text"/>	<i>Дистальне</i>	<input type="text"/>
<i>Супраоклюзія</i>	<input type="text"/>	<i>Транспозиція</i>	<input type="text"/>
<i>Інфраоклюзія</i>	<input type="text"/>	<i>Тортооклюзія</i>	<input type="text"/>

II.в.) Стан зубних рядів

	верхня щелепа	нижня щелепа
Протрузія фронтальної ділянки	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Ретрузія фронтальної ділянки	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Крива Спее	<input type="text"/> мм	
Звуження	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Розширення	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Треми	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Діастема	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Скученість зубів	<i>Легка до 5мм</i> <input type="text"/>	<i>Середня 5 ÷ 8 мм</i> <input type="text"/>
	<i>Важка > 8мм</i> <input type="text"/>	

III. ОЦІНКА ПРИКУСУ

Сагітальна площина

Сагітальна щілина

 мм

обернена

 мм

Співвідношення молярів

Права

Ліва

Співвідношення ікол

Права

Ліва

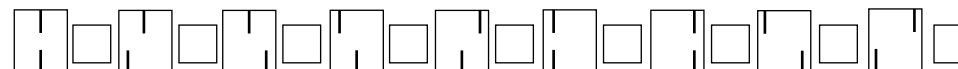
Вертикальна площина

Різцеве перекриття

Вертикальна щілина

Трансверзальна площина

Центральна
лінія



Горбкове перекриття:

Права

Ліва

IV. ДОДАТКОВІ МЕТОДИ ОБСТЕЖЕННЯ

Дати проведення

Біометрія					
ОПТГ*					
ТРГ **					
Інші					

Проба Ешлера-Бітнера

(висування н/щ до замикання молярів по 1 класу)

Профіль

 покращився

 не змінився

 погіршився

Проба Ільїної-Маркосян №2 (зсув н/щ назад до крайового змикання різців)

 можливо

 неможливо

Проба Ільїної-Маркосян №3 (опускання н/щ). Лінія косметичного центру.

 можливо

 неможливо

Проба змикання губ

 з напруженням

 без напруження

*- ортопантомографія; ** - телерентгенографія;

Вимірювання контрольно-діагностичних моделей.

Аналіз за Поном(Pont):

E4d $\frac{21}{12}$ = (мм)

$\frac{p1|p1}{M1|M1}$ = $\frac{p1|p1}{M1|M1}$ = N = _____

$\frac{M1|M1}{M1|M1}$ = $\frac{M1|M1}{M1|M1}$ = N = _____

Висновки: _____

Аналіз за Корхаузом:

Lo= Lu= N= _____

Висновки: _____

Аналіз за Болтоном :

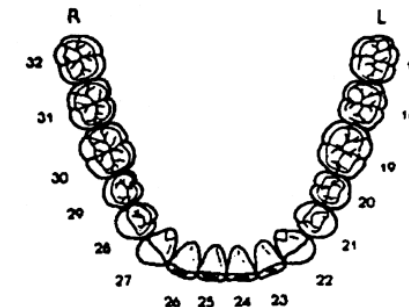
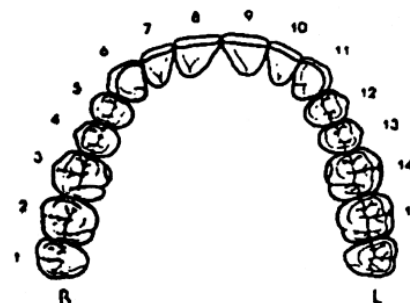
$\frac{\sum d 43 - 33}{\sum d 13 - 23} \times 100 = 77,2\%$ (N= 74,5-80,4%) ----- $\times 100 =$ _____ "Overall ratio"

$\sum d 13 - 23$

$\frac{\sum d 46 - 36}{\sum d 16 - 26} \times 100 = 91,3\%$ (N= 91, 3%) ----- $\times 100 =$ _____ "Anterior ratio"

$\sum d 16 - 26$

Висновки: _____



V. ЦЕФАЛОМЕТРИЧНИЙ АНАЛІЗ




V.а.) Аналіз черепа та щелеп

Показники	Величина (норма)	До початку лікування	Під час лікування	Після лікування
ANB	2°±1°			
NA-APog (Convexity)	0°±2°			
SN-Pog	80°±2°			
FH-NPog (Facial angle)	87,8°			
Wits (BO-AO)	-1,0±2 mm			
SNA	82°±2°			
SNB	80°±2°			
SN-Go	44°±3°			
FMA/FMIA/IMPA (Tweed)	25±5°/65±3° /90±5°			
Ar-Go-Me (Gonial angle)	119°±5°			

V.б.) Дентальний аналіз

Показники	Величина (норма)	До початку лікування	Під час лікування	Після лікування
U1-NA	22°±2°			
U1-NA	4±2 mm			
L1-NB	25°±2°			
L1-NB	4±2 mm			
Кут ii (міжрізцевий кут)	130°±5°			

V.в.) Аналіз м'яких тканин

Опис параметрів вимірювання	Показники	Величина (норма)	До початку лікування	Під час лікування	Після лікування
	E -Line	-2±2mm			
	Носо-губний кут	102°±8°			
	FH-Ls`-Po` (кут Z)	75°±4°			

VI. ДІАГНОЗ

Скелетний тип

Денто – альвеолярний тип

Супутні прояви

VII. ПЛАН ЛІКУВАННЯ

1. Лікування Зараз Диспансерний нагляд Не показано

2. Активне лікування

3. Фаза I Фаза II Комплексне лікування

Видалення Не потребує Граничний випадок (не вирішено)

Потребує

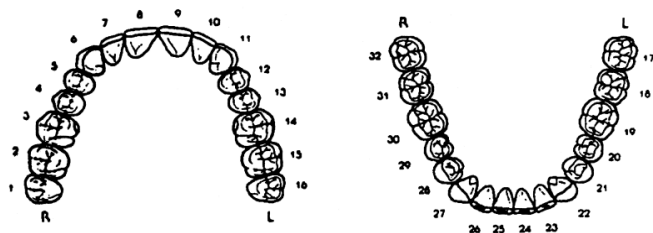
пластика вуздечок

Хірургічна підготовка поглиблення пристінка рота

Ортогнатична хірургія

інші

Знімні апарати



Функціональні знімні апарати

Функціональні незнімні апарати

Гербст	
Форсус	
Інші	

Контроль опори

Міогімнастика

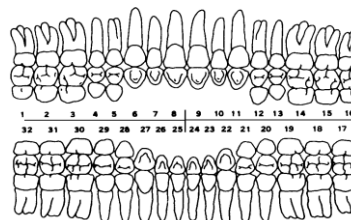
Вид апарату

**Незнімна апаратура
Брекет система**

Верхня щелепа	Паз	Кільця/ Трубки
Нижня щелепа		

Позаротові апарати (Модифікація росту)

Лицева дуга	
Лицева маска	
Міжщелепова тяга	



Внутрішньоротові еластики/ діаметр /сила

VIII. РЕТЕНЦІЯ

Термін

--

Вид апарату

--

З планом лікування погоджуюсь. Зобов'язуюсь чітко дотримуватися режиму гігієни та виконувати всі інструкції згідно плану лікування. При невиконанні або порушенні вище приведених умов, лікування буде припинене без відновлення.

Лікуючий лікар _____
(прізвище, підпис)

Пацієнта _____
(прізвище, підпис)

ІХ. ЩОДЕННИК ЛІКАРЯ

Дата	Лікування та рекомендації	Примітка

Лікуючий лікар _____ Завідувач відділення _____
(прізвище, підпис) (прізвище, підпис)

ІХ. ЩОДЕННИК ЛІКАРЯ

Дата	Лікування та рекомендації	Примітка

Лікуючий лікар _____ Завідувач відділення _____
 (прізвище, підпис) (прізвище, підпис)

ІХ. ЩОДЕННИК ЛІКАРЯ

Дата	Лікування та рекомендації	Примітка

Лікуючий лікар _____ Завідувач відділення _____
(прізвище, підпис) (прізвище, підпис)

ІХ. ЩОДЕННИК ЛІКАРЯ

Дата	Лікування та рекомендації	Примітка

Лікуючий лікар _____ Завідувач відділення _____
 (прізвище, підпис) (прізвище, підпис)