



UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI BARI

“ALDO MORO”



AZIENDA OSPEDALIERO-UNIVERSITARIA CONSORZIALE

POLICLINICO DI BARI

U. O. C. di ODONTOIATRIA

CARTELLA GNATOLOGICA

CARTELLA N° _____ \ _____ -CASO N° _____ /20 _____

Cognome e Nome _____ Sesso (M \ F) Età _____ aa

Nato\ a il _____ \ _____ \ _____ a _____ prov (____)

Residente a _____ in via\piazza _____

Prov (____) Nazione _____ cap _____ tel _____

Stato civile _____ Figli _____

Professione _____

DIAGNOSI _____

DATA INIZIO CURA _____ \ _____ \ _____ DATA FINE CURA _____ \ _____ \ _____

MOTIVAZIONE (riportare testualmente le parole dette dal paziente):

.....
.....
.....

ANAMNESI PATOLOGICA REMOTA GENERALE

- Infezioni in atto:
- Infezioni pregresse:
- Ipertensione:
- Cardiopatie:
- Malattie vascolari:
- Emopatie:
- Allergie:
- Immunopatie:
- Malattie reumatiche:
- Malattie del collagene:
- Malattie dermatologiche:
- Malattie ortopediche:
- Malattie neurologiche:
- Vertigini:
- Malattie ORL:
- Malattie oculari:
- Apparato G. I.:
- Apparato urologico:
- Sistema endocrino:
- Interventi chirurgici:
- Incidenti e traumi:
- Ansia\depressione:.....
- Fumo \ alcool \ droghe.
- Altro:
.....
.....

ANAMNESI FARMACOLOGICA

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

ANAMNESI PATOLOGICA REMOTA SPECIALISTICA

HA SUBITO:

- TERAPIE ODONTOIATRICHE:.....
- TERAPIE ORTODONTICHE:.....
- TERAPIE PROTESICHE:.....
- CHIRURGIA ODONTOIATRICA:.....

IN PASSATO E' STATO GIA'

- VISITATO PER QUESTO PROBLEMA?
- TRATTATO PER QUESTO PROBLEMA? (specificare tipi di apparecchiatura o farmaci utilizzati:
.....)

ANAMNESI PATOLOGICA PROSSIMA

- CEFALEA
- AFFATICAMENTO MUSCOLARE
- DISTURBI UDITIVI
- DOLORE IN FASE DI APERURA BUCCALE
- RUMORE IN FASE DI APERTURA BUCCALE:
 - CLICK CLICK RECIPROCO SCHIOCCO CREPITIO
- DIFFICOLTA' A MASTICARE
- DOLORE DURANTE LA MASTICAZIONE
- RUMORI DURANTE LA MASTICAZIONE
- DIFFICOLTA' ALLA DEGLUTIZIONE

	INSORGENZA					
	NO	SI	NOTTE	GIORNO	RIPOSO	ATTIVITA'
CERVICALGIA						
BRACHIALGIA						
DORSALGIA						
LOMBALGIA						
SCIATALGIA						
PARESTESIA						

DA QUANDO (il sintomo più insopportabile):

<15 giorni	<3 mesi	>3 mesi	>6 mesi	anni
------------	---------	---------	---------	------

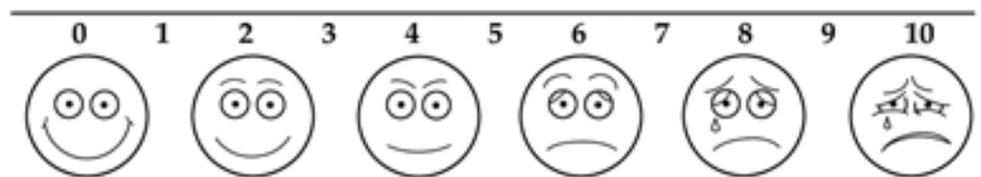
LOCALIZZAZIONE REGIONALE

	INSORGENZA						
	DX	SX	BIL	NOTTE	GIORNO	RIPOSO	ATTIVITA'
TESTA							
COLLO							
FACCIA							
ORECCHIO							
FRONTE							
NASO							
OCCHIO							

DISTRETTO CEFALICO				
CEFALEA				EMICRANIA
TEMPORALE	FRONTALE	AL VERTICE	OCCIPITALE	

TIPO (del sintomo più insopportabile): Acuto Gravativo Costrittivo

LIVELLO DEL DOLORE (VAS)



- FREQUENZA:

GIORNALIERA SETTIMANALE >1 SETTIMANA MENSILE

- DURATA:

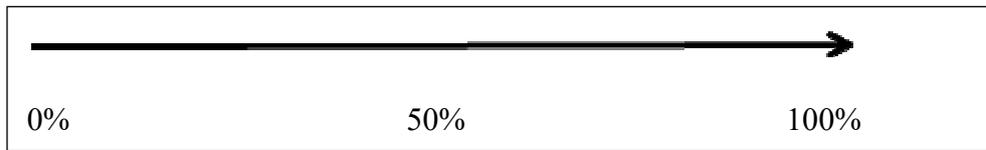
COSTANTE SPORADICA INTERMITTENTE

- CAUSE CHE MODIFICANO IL DOLORE:

IN PIEDI CAMMINANDO SUPINO MANGIANDO ALTRO

.....

QUANTO IL SUO PROBLEMA INTERFERISCE SULLA SUA VITA QUOTIDIANA?



Qual è la sua opinione personale riguardo ai motivi che scatenano il dolore?

.....
.....

Ci sono elementi che disturbano il sonno?

.....
.....

Che cosa si aspetta dal trattamento?

.....
.....

Ci sono altri dati che non le sono stati richiesti e che ritiene importanti?

.....
.....

ESAME OBIETTIVO EXTRAORALE

TIPO FACCIALE		
MESIOFACCIALE	DOLICOFACCIALE	BRACHIFACCIALE

PROFILO DEI TESSUTI MOLLI		
NORMALE	CONVESSO	CONCAVO

ASIMMETRIE FACCIALI MACROSCOPICHE		
ASSENTE	DEV. DESTRA	DEV. SINISTRA

LABBRA	
COMPETENTI	INCOMPETENTI

CICATRICI	
PRESENTI sede _____	ASSENTI

ESAME OBIETTIVO INTRAORALE

TESSUTI MOLLI	
IRREGOLARITA' DEI MARGINI LINGUALI	LINEA ALBA OCCLUSALE

MOLARI		
1 ^a CLASSE	Dx	Sx
2 ^a CLASSE	Dx	Sx
3 ^a CLASSE	Dx	Sx

CANINI		
1a CLASSE	Dx	Sx
2a CLASSE	Dx	Sx
3a CLASSE	Dx	Sx

INCISIVI	
1 ^a DIVISIONE	2 ^a DIVISIONE

OVERBITE: _____ mm

OVERJET _____ mm

CURVA DI SPEE			
NORMALE	PIATTA	PROFONDA	INVERSA

STATO PARODONTALE	
BUONO	INSUFFICIENTE

	DX	SX	BIL	TOT	PAR
OPEN LATERALE					
CROSS BITE					
BRODIE					
ESTRAZIONI					
MIGRAZIONI					
INCLINAZIONI					
ROTAZIONI					
AGENESIE					
SOPRANNUMERARI					
INCLUSIONI					
CARIE					
FACCETTE DI USURA					
OTTURAZIONI					
PROTESI FISSA					
PROTESI MOBILE					
AFFOLLAMENTO					
DIASTEMI					

CONTATTO DENTALE ANTERIORE IN C. O.

TESSUTALE	
1/3 CERVICALE	
1/3 MEDIO	
1/3 INCISALE	
CROSS BITE	

TIPO DI OCCLUSIONE

MUTUALMENTE PROTETTA			
CONTATTO PIUMA DEI FRONTALI			
	PT	LD	LS
IPERBILANCIATA			
BILATERALMENTE BILANCIATA			
FUNZIONE DI GRUPPO			
DISCLUSIONE DI GRUPPO			
DISCLUSIONE FRONTALE			

LOCALIZZAZIONE DI CONTATTI PREMATURI

M	PM	C	I	I	C	PM	M
M	PM	C	I	I	C	PM	M

ESAME FUNZIONALE CLINICO

ISPEZIONE GENERALE (POSTURA)

DEBOLE	SUFFICIENTE	BUONA
--------	-------------	-------

POSIZIONE DI RIPOSO
DURANTE L'ESAME

CAPO	SIMMETRICA	ASIMMETRICA
CORPO	SIMMETRICA	ASIMMETRICA

	ATTIVI		DOLORE		PASSIVI		DOLORE		ENDFEEL	
	mm	DX	SX	mm	DX	SX	positivo	negativo		
APERTURA MASSIMA										
LATEROTRUSIONE SX										
LATEROTRUSION DX										
PROTRUSIONE DEVIAS										
RETRUSIONE										

DEVIAZIONE DEL TRAGITTO DI APERTURA E CHIUSURA

(far compiere al paziente la massima apertura possibile)

		a quanti mm avviene	
APERTURA	Sx	Mm	
CHIUSURA	Sx	Mm	
RITORNO IN ASSE DURANTE L'APERTURA		SI	



CLICKING

APERTURA	Dx	Sx	CHIUSURA	Dx	Sx
INIZIO			FINE		
INTERMEDIO			INTERMEDIO		
FINE			INIZIO		
SCOMPARSA CON MANOVRA IN PROTRUSIVA					
CREPITIO					
LOCKING					

PARAFUNZIONI		
SERRAMENTO	DIGRIGNAMENTO	MORDERE ALTRO -----

ABITUDINI VIZIATE				
SUCCHIAMENTO DEL POLLICE	INTERPOSIZIONE LABIALE	DEGLUTIZIONE ATIPICA	ONICOFAGIA	RESPIRAZIONE ORALE

PALPAZIONE MUSCOLARE (tensione e dolorabilità)

DX			TRIGGER POINT		SX			TRIGGER POINT
				TEMPORALE ANTERIORE				
				TEMPORALE MEDIO				
				TEMPORALE POSTERIORE				
				STERNOCLEIDOMASTOIDEO CAPO STERNALE				
				STERNOCLEIDOMASTOIDEO CAPO CLAVICOLARE				
				DIGATRICO VENTRE POSTERIORE				
				DIGASTRICO VENTRE ANTERIORE				
				BASE DEL CRANIO/PARTE POSTERIORE DEL COLLO				
				TRAPEZIO SUPERIORE				
				TRAPEZIO INFERIORE				
				MASSETERE SUPERFICIALE				
				MASSETERE PROFONDO				
				TEMPORALIS TENDON				
				PTERIGOIDEO ESTERNO CAPO SUP				
				PTERIGOIDEO ESTERNO CAPO INF				

ESAMI RICHIESTI

	DATA	DIAGNOSI
RX OPT	___ \ ___ \ _____	
STRATIGRAFIA ATM	___ \ ___ \ _____	
TELERADIOGRAFIA LATERO-LATERALE	___ \ ___ \ _____	
TELERADIOGRAFIA POSTERO-ANTERIORE	___ \ ___ \ _____	
TELERADIOGRAFIA ASSIALE	___ \ ___ \ _____	
RMN ATM	___ \ ___ \ _____	
ARCO FACCIALE	___ \ ___ \ _____	
KINESIOGRAFIA	___ \ ___ \ _____	
AXIOGRAFIA	___ \ ___ \ _____	
ELETTROMIOGRAFIA	___ \ ___ \ _____	
CEFALOMETRIA L-L	___ \ ___ \ _____	
CEFALOMETRIA P-A	___ \ ___ \ _____	
CEFALOMETRIA ASSIALE	___ \ ___ \ _____	

CONSULENZE

	DATA	DIAGNOSI
CHIRURGICA	___ \ ___ \ _____	
PROTESICA	___ \ ___ \ _____	
OCULISTICA	___ \ ___ \ _____	
ORL	___ \ ___ \ _____	
NEUROLOGICA	___ \ ___ \ _____	
FISIATRICA	___ \ ___ \ _____	
PSICHIATRICA	___ \ ___ \ _____	

DIAGNOSI

- ALTERAZIONI DI ORIGINE MUSCOLARE.....
- IPOMOBILITA'.....
- IPERMOBILITA' CONDILARE.....
- DISLOCAZIONE DEL DISCO: INIZIALE
 INTERMEDIA
 FINALE
- ASIMMETRICA MORFOLOGICA.....
- ASIMMETRIA FUNZIONALE.....
- LOCKING.....
- ARTROSI ATM.....
- ALTRO.....
.....

ANNOTAZIONI

.....
.....
.....
.....
.....
.....

TERAPIA CONSIGLIATA

FARMACOLOGICA

.....
.....
.....
.....
.....
.....

CON PLACCA

.....
.....
.....
.....
.....
.....

OCCLUSALE

.....
.....
.....
.....
.....

