

# Έντυπο Οδοντοστοματολογικής Εξέτασης

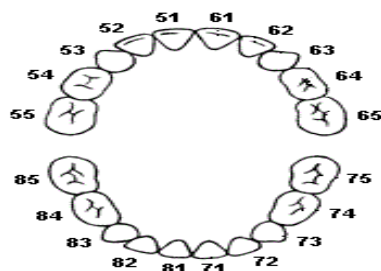
7<sup>η</sup> ΥΠΕ Κρήτης Πρόγραμμα Πρόληψης και Προαγωγής Στοματικής Υγείας Αύξων Αριθμός:

|                                                                      |                                                            |  |
|----------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------|--|
| Σχολείο:                                                             | Ημερομηνία Εξέτασης:                                       |  |
| Ονοματεπώνυμο παιδιού:                                               | Ηλικία/ Ημ. γέννησης:                                      |  |
| Πατέρας (υπηκ./ επαγγ.):                                             |                                                            |  |
| Μητέρα (υπηκ./ επαγγ.):                                              |                                                            |  |
| Η εξέταση έγινε στους χώρους του σχολείου : <input type="checkbox"/> | Στο Κέντρο Υγείας/Μονάδα Υγείας : <input type="checkbox"/> |  |

## ΕΥΡΗΜΑΤΑ ΑΠΟ ΤΗΝ ΟΔΟΝΤΟΣΤΟΜΑΤΟΛΟΓΙΚΗ ΕΞΕΤΑΣΗ

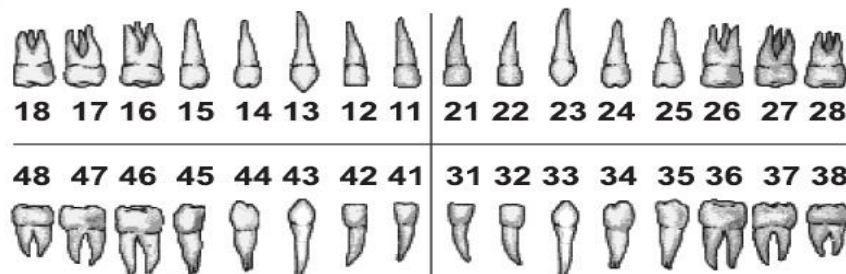
|                                |                                 |                                                                                    |
|--------------------------------|---------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------|
| Βρέθηκαν τα παρακάτω ευρήματα: |                                 | Προτείνονται τα ακόλουθα:                                                          |
| Φλεγμονή Ούλων (ουλίτιδα)      | <input type="checkbox"/>        | Ορθοδοντική Εκτίμηση <input type="checkbox"/>                                      |
| Στοματική Υγιεινή              | <input type="checkbox"/> Καλή   | Καλύτερο βούρτσισμα δοντιών <input type="checkbox"/>                               |
|                                | <input type="checkbox"/> Μέτρια | Επίσκεψη σε οδοντιατρείο-Προληπτική κάλυψη οπών & σχισμών <input type="checkbox"/> |
|                                | <input type="checkbox"/> Κακή   | Εξεταστής Οδοντίατρος:                                                             |
| Φθορίωση                       | <input type="checkbox"/> Ναι    |                                                                                    |
|                                | <input type="checkbox"/> Όχι    |                                                                                    |
| Παρατηρήσεις:                  |                                 |                                                                                    |

|    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|
|    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
| 55 | 54 | 53 | 52 | 51 | 61 | 62 | 63 | 64 | 65 |



|    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|
| 85 | 84 | 83 | 82 | 81 | 71 | 72 | 73 | 74 | 75 |
|    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |

|    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|
|    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
| 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 |
|    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |

Για τα νεογιλά σημειώνονται τα αριστερά πινακάκια και για τα μόνιμα τα δεξιά. Στο επάνω/κάτω αντίστοιχο κουτάκι σημειώνονται με ΚΕΦΑΛΑΙΑ τα **D**, **M**, **F**, **S**, σύμφωνα με τις οδηγίες. Τα δόντια που υπάρχουν και είναι υγιή σημειώνονται με έναν κύκλο γύρω από το νοούμερο του δοντιού. Τα δόντια που δεν έχουν ανατείλει ακόμη σημειώνονται με τον κωδικό «9».

Σημ.: **D** = **Decayed** (ύπαρξη τερηδόνας οπουδήποτε), εάν είναι στάσιμη τερηδόνα **ANEY AMΦIBOΛΙΑΣ**, σημειώνουμε και ένα (**S**)  
**F** = **Filled** (ύπαρξη έμφραξης), από οποιοδήποτε υλικό, **ΧΩΡΙΣ** τερηδόνα. Εάν υπάρχουν Sealants, σημειώνουμε και ένα (**S**)  
**M** = **Missing** (έχει γίνει εξαγωγή επειδή υπήρχε ΤΕΡΗΔΟΝΑ)