

Data badania: _____ Imię i nazwisko: _____ Wiek: _____

CZYNNIKI WPŁYWAJĄCE NA RYZYKO PRÓCHNICY		WYSTĘPUJE
CZYNNIKI OCHRONNE	Stosowanie pasty z fluorem min. 1000 ppm dwa razy dziennie	<input type="checkbox"/>
	Regularne profilaktyczne wizyty u stomatologa	<input type="checkbox"/>
	Fluoryzacja endogenna (w uzasadnionych przypadkach)	<input type="checkbox"/>
CZYNNIKI RYZYKA	Zmniejszenie ilości śliny powodowane chorobą, leczeniem lub wiekiem	<input type="checkbox"/>
	Wysokie spożycie cukrów w postaci przekąsek, napojów, etc.	<input type="checkbox"/>
	Utрудniony dostęp do stomatologa	<input type="checkbox"/>
	Słaba współpraca z pacjentem	<input type="checkbox"/>
	Choroby współistniejące	<input type="checkbox"/>
	Wizyta spowodowana bólem	<input type="checkbox"/>
	Aktywne zmiany próchnicowe bądź nowe wypełnienia	<input type="checkbox"/>
	Wskaźnik PRS/prs (P - obnażenie miazgi, R - zniszczenie korony, S - przetoka lub ropień)	<input type="checkbox"/>
	Słaba higiena jamy ustnej/akumulacja płytki nazębnej	<input type="checkbox"/>
	Masywne złoży płytki nazębnej*	<input type="checkbox"/>
	Zmniejszone wydzielanie śliny	<input type="checkbox"/>
	Aktywne zmiany próchnicowe u rodzica	<input type="checkbox"/>
	Pojenie dziecka napojami z zawartością cukrów (w tym mlekiem/gęstymi sokami) z użyciem butelki ze smoczką (często w ciągu dnia lub nocą)	<input type="checkbox"/>
	Nieregularne stosowanie past do zębów z zawartością fluoru min. 1000 ppm	<input type="checkbox"/>
	Erupcja zębów trzonowych	<input type="checkbox"/>
	Dodatkowo w przypadku OSÓB W PODESZŁYM WIEKU	Odświeżone powierzchnie korzeni
Ograniczona zdolność do higieny jamy ustnej		<input type="checkbox"/>

OGÓLNA OCENA RYZYKA PRÓCHNICY U PACJENTA

NISKIE



występują czynniki ochronne
nie występuje żaden z czynników wysokiego ryzyka (czerwony)
pozostałe czynniki ryzyka nie występują łącznie

UMIARKOWANE



występuje większość czynników ochronnych i pojedyncze czynniki wysokiego ryzyka

WYSOKIE



występują czynniki wysokiego ryzyka (czerwone)
pozostałe czynniki ryzyka występują w stopniu znacznym
czynniki ochronne nie występują

* W ocenie ryzyka należy ocenić współwystępowanie czynników sprzyjających akumulacji płytki np. aparaty ortodontyczne.



Stop Caries NOW for a Cavity-Free Future
Pan-European Chapter

ZALECENIA DLA PACJENTA

Plan obniżenia ryzyka i zatrzymania postępu próchnicy

ZALECENIA	ZALECANE DLA RYZYKA			DO WYKONANIA
	NISKIE	UMIARKOWANE	WYSOKIE	
W GABINECIE STOMATOLOGICZNYM				
uszczelnienie bruzd	●	●	●	<input type="checkbox"/>
zalecenia higieniczne		●	●	<input type="checkbox"/>
zalecenia dietetyczne		●	●	<input type="checkbox"/>
usunięcie złogów nazębnych	●	●	●	<input type="checkbox"/>
lakier / żel / pianka		co 6 miesięcy ●	co 3 miesiące ●	<input type="checkbox"/>
ostateczne wypełnienia		●	●	<input type="checkbox"/>
remineralizacja aktywnych plam próchnicowych			●	<input type="checkbox"/>
czasowe zabezpieczenie aktywnych ubytków (ITR)			●	<input type="checkbox"/>
wizyty kontrolne	co 6 miesięcy ●	co 3 miesiące ●	co 3 miesiące ●	<input type="checkbox"/>
W DOMU				<input type="checkbox"/>
szczotkowanie co najmniej 2 razy dziennie	●	●	●	<input type="checkbox"/>
pastą do zębów 1000*/1450 ppm F	●	●	●	<input type="checkbox"/>
pastą do zębów 5000 ppm F (od 16. roku życia)			●	3 miesiące <input type="checkbox"/> 6 miesięcy <input type="checkbox"/>
żel wysokofluorkowy		●	●	<input type="checkbox"/>
nić / taśma dentystyczna codziennie	●	●	●	<input type="checkbox"/>
modyfikacja diety		●	●	<input type="checkbox"/>
płukanka z fluorem		●	●	<input type="checkbox"/>

* Dzieci do 6 r. ż.



Stop Caries NOW for a Cavity-Free Future
Pan-European Chapter