

Data badania: _____

Imię i nazwisko: _____

Wiek: _____

CZYNNIKI WPŁYWAJĄCE NA RYZYKO PRÓCHNICY

WYSTĘPUJE

CZYNNIKI OCHRONNE

Stosowanie pasty z fluorem min. 1000 ppm dwa razy dziennie



Regularne profilaktyczne wizyty u stomatologa



Fluoryzacja endogenna (w uzasadnionych przypadkach)



Zmniejszenie ilości śliny powodowane chorobą, leczeniem lub wiekiem



Wysokie spożycie cukrów w postaci przekąsek, napojów, etc.



Utrudniony dostęp do stomatologa



Słaba współpraca z pacjentem



Choroby współistniejące



Wizyta spowodowana bólem



Aktywne zmiany próchnicowe bądź nowe wypełnienia



**Wskaźnik PRS/prs
(P - obnażenie miazgi, R - zniszczenie korony, S - przetoka lub ropień)**



Słaba higiena jamy ustnej/akumulacja płytki nazębnej



Masywne złoży płytki nazębnej*



Zmniejszone wydzielanie śliny



Aktywne zmiany próchnicowe u rodzica



Pojenie dziecka napojami z zawartością cukrów (w tym mlekiem/gęstymi sokami) z użyciem butelki ze smoczką (często w ciągu dnia lub nocą)



Nieregularne stosowanie past do zębów z zawartością fluoru min. 1000 ppm



Erupcja zębów trzonowych



Odstłonięte powierzchnie korzeni



Ograniczona zdolność do higieny jamy ustnej



CZYNNIKI RYZYKA

Zaangażowanie i poziom świadomości oraz czynniki medyczne

Badanie stomatologiczne

Dodatkowo w przypadku DZIECI

Dodatkowo w przypadku OSÓB W PODESZŁYM WIEKU

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.

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"/>
ptukanka z fluorem		●	●	<input type="checkbox"/>

* Dzieci do 6 r.ż.