

1. DANE LEKARZA / PACJENTA I DOKUMENTACJA PACJENTA

Kod Klienta (zob. PL/faktura) :

Nazwisko (osoby, u której wystąpił problem) :

ID Pacjenta (opcjonalnie)

1. IDENTYFIKOWALNOŚĆ UWAGA : szyny należy odsyłać w stanie czystym , odkażone i wysterylizowane.

Nr ref.: Seria nr lub przypadek nr : Data zabiegu :

Typ planowania : ☐ Standardowe obciążenie zgryzu ☐ Planowanie całościowe ☐ 3D Planowanie wstępne 3D ☐ Gotowe pliki STL

2. TYP USTERKI : zaznaczyć odnośne wartości dla danych szyn

INIG = szyna wstępna / INTG = szyna przejściowa / FING = szyna końcowa

Złamanie szyny ☐ Brak ☐ Tak, INIG ☐ Tak, INTG ☐ Tak, FING

Odształcenie szyny ☐ Brak ☐ Tak, INIG ☐ Tak, INTG ☐ Tak, FING

Jeżeli tak , proszę wskazać protokół sterylizacji :

Niedopasowanie szyny do zębów ☐ Brak ☐ Tak, INIG ☐ Tak, INTG ☐ Tak, FING

Nieвозмоżliwy ruch ☐ Brak ☐ Tak, INIG ☐ Tak, INTG ☐ Tak, FING

Zbyt duża retencja szyny ☐ Brak ☐ Tak, INIG ☐ Tak, INTG ☐ Tak, FING

Zbyt mała retencja szyny ☐ Brak ☐ Tak, INIG ☐ Tak, INTG ☐ Tak, FING

Nieadekwatna grubość szyny ☐ Brak ☐ Tak, INIG ☐ Tak, INTG ☐ Tak, FING

Jeżeli tak, proszę podać szczegóły :

Projekt/kształt szyny ☐ Brak ☐ Tak, INIG ☐ Tak, INTG ☐ Tak, FING

Jeżeli tak, proszę podać szczegóły :

Ruchy Global D niezgodne z planem leczenia ☐ Nie ☐ Tak

Błąd w dostarczonym planie leczenia ☐ Nie ☐ Tak

Odwrócony czas 1. zabiegu (bimax) ☐ Nie ☐ Tak

Nieodpowiedni zaproponowany zgryz końcowy ☐ Nie ☐ Tak

Jeżeli tak, proszę podać szczegóły :

3. STAN PRZEDZABIEGOWY

Rejestracja zgryzu wyjściowego ☐ Cire ☐ Skan wewnątrzustny ☐ Skaner / CBTC

Pozycja zgryzu wyjściowego ☐ Maksymalne przesunięcie żuchwy ☐ ORC

☐ Occlusion de convenance ☐ Inny

W pełni neutralne ortodontycznie pobranie wycisku ☐ Nie ☐ Tak

Zmiana środowiska okluzji pomiędzy pobraniem wycisku a zabiegiem? ☐ Nie ☐ Tak

Patologiczny stan twarzoczaszki i/lub anomalie dentystyczne możliwie związane z dysmorfia (rozszerzenie, agenezja itp.) ☐ Nie ☐ Jeżeli tak, proszę podać szczegóły:

Inne znane okoliczności: ☐ Nie ☐ Jeżeli tak, proszę podać szczegóły :

4. INFORMACJE CHIRURGICZNE NA DZIEŃ ZABIEGU : zaznaczyć odpowiednie wartości

☐ Osteotomia bimax ☐ Obustronna osteotomia strzałkowa żuchwy (BSSO) ☐ Lefort I ☐ Inne :

Informacje dodatkowe (dodatkowa procedura chirurgiczna , planowana ekstrakcja zęba itd.). ☐ Nie ☐ Jeżeli tak, proszę podać szczegóły :

3. UWAGI DODATKOWE

.....