

**ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ  
ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ  
"КУБАНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ  
УНИВЕРСИТЕТ" МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ  
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ  
ФГБОУ ВО КубГМУ Минздрава России**

**Кафедра стоматологии общей практики**

# **ДНЕВНИК**

**ПРОИЗВОДСТВЕННОЙ ПРАКТИКИ  
«ПОМОЩНИК ВРАЧА-СТОМАТОЛОГА (ГИГИЕНИСТ  
СТОМАТОЛОГИЧЕСКИЙ) ДЛЯ СТУДЕНТОВ III КУРСА  
СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО ФАКУЛЬТЕТА»**

ФИО \_\_\_\_\_

Курс \_\_\_\_\_ группа \_\_\_\_\_

Место практики (название ЛПУ) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Отделение \_\_\_\_\_

Время прохождения практики:

с \_\_\_\_\_ по \_\_\_\_\_

Ответственный \_\_\_\_\_ на  
базе \_\_\_\_\_

Руководитель практики \_\_\_\_\_

Краснодар - 2022

УДК 616.314.-089.23(075.8)

ББК 56.6

Р 85

**Составители** – сотрудники кафедры стоматологии общей практики ФГБОУ ВО КубГМУ Минздрава России: **А.В. Арутюнов**, зав. кафедрой, д.м.н., доцент; **Р.К. Фатталь**, доцент кафедры, к.м.н.; **Е.В. Ижнина**, доцент кафедры, к.м.н.; **А.А. Овсянникова**, доцент кафедры, к.м.н.; **О.А. Павлович**, ассистент кафедры, к.м.н.; **Н.М. Царинская**, ассистент кафедры, к.м.н.

**Под общей редакцией** зав. кафедрой стоматологии общей практики ФГБОУ ВО КубГМУ Минздрава России, д.м.н., доцента.

Дневник производственной практики «помощник врача-стоматолога (гигиенист стоматологический)» для студентов III курса стоматологического факультета / ФГБОУ ВО КубГМУ Минздрава России; составители: А.В. Арутюнов (ред.), Р.К. Фатталь, Е.В. Ижнина, А.А. Овсянникова, О.А. Павлович, Н.М. Царинская. – Краснодар: ФГБОУ ВО КубГМУ Минздрава России, 2022. – 63 с. – Текст : электронный.

***Рецензенты:***

**Адамчик А.А.**, зав. кафедрой терапевтической стоматологии ФГБОУ ВО КубГМУ Минздрава России, доктор медицинских наук, доцент;

**Митропанова М.Н.**, зав. кафедрой детской стоматологии, ортодонтии и челюстно-лицевой хирургии ФГБОУ ВО КубГМУ Минздрава России, доктор медицинских наук, доцент.

Дневник производственной практики «помощник врача-стоматолога (гигиенист стоматологический)» для студентов 3 курса стоматологического факультета составлено в соответствии с ФГОС ВО (3++) для специальности 31.05.03 Стоматология, рабочей программой по модулю «Пропедевтика стоматологических заболеваний» дисциплины «Стоматология», которая разработана кафедрой стоматологии общей практики в соответствии с учебным планом ФГБОУ ВО КубГМУ Минздрава России.

Рекомендовано к изданию ЦМС ФГБОУ ВО КубГМУ Минздрава России протокол № \_\_\_\_ от «\_\_\_» \_\_\_\_\_ 2022 г.

УДК 616.314.-089.23(075.8)

ББК 56.6

Р 85

А.В. Арутюнов (ред.), Р.К. Фатталь, Е.В. Ижнина, А.А. Овсянникова, О.А. Павлович, Н.М. Царинская

## ОГЛАВЛЕНИЕ

ПРЕДИСЛОВИЕ.....	4
ВВЕДЕНИЕ.....	4
СВОДНЫЙ ОТЧЕТ О ПРОВЕДЕННОЙ РАБОТЕ.....	56
САНИТАРНО-ПРОСВЕТИТЕЛЬСКАЯ РАБОТА.....	57
УЧЕБНО-ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКАЯ РАБОТА.....	59
ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ СТУДЕНТА.....	60
ПРИМЕР ВЕДЕНИЯ ДНЕВНИКА.....	61
РЕКОМЕНДУЕМАЯ ЛИТЕРАТУРА.....	63

## **ПРЕДИСЛОВИЕ**

Подготовка высококвалифицированных специалистов, способных решать сложные практические и научные проблемы, составляет важнейшую задачу высшей школы. Производственная практика студентов-стоматологов Кубанского государственного медицинского университета является важным разделом единого учебного процесса и приобщает их к практической деятельности, является ответственным этапом в системе медицинского образования.

Настоящий дневник производственной практики имеет цель:

- оказать содействие руководителям практики медицинского университета и медицинским работникам медицинских учреждений в организации и проведении практики;
- определить задачи и содержание производственной практики, помочь студентам в закреплении знаний, полученных на кафедре пропедевтики и профилактики стоматологических заболеваний.

## **ВВЕДЕНИЕ**

Производственная практика проводится после весенней экзаменационной сессии для студентов III курса стоматологического факультета - 108 часов (по шестидневной неделе), в прикрепленных к медицинскому университету стоматологических поликлиниках, под руководством кафедры пропедевтики и профилактики стоматологических заболеваний. Студенты работают в стоматологических поликлиниках, стоматологических отделениях и стоматологических кабинетах поликлиник общего профиля, под контролем преподавателей-руководителей практики и врачей-стоматологов, ведущих профилактический прием.

Распределение студентов по базам производственной практики проводится за 1 месяц до начала практики на курсовых собраниях. Окончательный инструктаж и выдача дневников проводится за 7-10 дней до ее начала.

Явка студентов на практику должна быть своевременной, в строго указанный день и час. Распределение по рабочим местам проводится непосредственно в лечебном учреждении, проводится инструктаж по технике безопасности и особенностям санитарно-эпидемиологических требований ЛПУ, проверяются санитарные книжки.

Вся работа студента должна фиксироваться в дневнике, который ежедневно подписывается курирующим врачом-стоматологом и визируется преподавателем-руководителем практики.

Записи в дневнике должны отражать все виды деятельности и степень личного участия студентов. Каждый студент должен четко и неуклонно

выполнять требования правил внутреннего распорядка режима работы в поликлинике.

В период прохождения практики студенты обязаны приобрести практические навыки санитарно-просветительной работы (тематика бесед и лекций прилагается).

Кроме того, каждый студент должен приготовить реферат по УИРС или НИРС (тематика работ прилагается).

По окончании практики студент сдает **ЭКЗАМЕН** с дифференцированной оценкой по пятибалльной системе комиссии, назначенной отделом по производственной практике. На экзамен студент предоставляет:

- 1. электронную версию заполненного дневника в PDF формате на цифровом носителе;**
- 2. направление с отметкой о прибытии и убытии;**
- 3. договор с учреждением, принявшим студента на практику;**
- 4. характеристику профессиональных навыков студента, которая ему дается сотрудником отделения, ответственным за практику;**
- 5. удаленные зубы.**

Оценка за подписью преподавателя - руководителя практики вносится в зачетную книжку студента.

## ПРОГРАММА ПРОИЗВОДСТВЕННОЙ ПРАКТИКИ СТУДЕНТОВ III КУРСА

Цель практики: проверка и закрепление знаний и умений, полученных студентами при изучении курса профилактики и коммунальной стоматологии, ознакомление с организацией стоматологического кабинета и условиями работы врача-стоматолога на профилактическом приеме, закрепление практических навыков, санитарно-просветительная работа.

В ходе прохождения производственной практики студенты работают в стоматологических поликлиниках, стоматологических отделениях и стоматологических кабинетах поликлиник общего профиля.

В кабинете профилактики стоматологических заболеваний студент должен ознакомиться с его работой. Под контролем врача-стоматолога студент проводит клинический осмотр пациента, заполняет карты стоматологического больного с записью зубной формулы, определяет состояние твердых тканей и гигиеническое состояние полости рта с помощью индексов, проводит витальное окрашивание. Студент самостоятельно, после согласования с курирующим врачом-стоматологом, использует реминерализующие средства, проводит герметизацию фиссур, осуществляет индивидуальный подбор средств гигиены и другие профилактические манипуляции.

В качестве санитарно-просветительной работы студент готовит индивидуальные или групповые беседы, лекции по предупреждению возникновения и развития стоматологических заболеваний, проводит "уроки здоровья" в организованных коллективах.

За время прохождения производственной практики студент должен помнить и соблюдать правила деонтологии, а преподаватели-руководители практики и врачи медицинских учреждений обязательно должны уделять внимание этому разделу.

В конце практики студент заполняет сводный отчет о проведенной работе.

**ПО ОКОНЧАНИЮ ПРОИЗВОДСТВЕННОЙ ПРАКТИКИ "ПОМОЩНИК ВРАЧА-СТОМАТОЛОГА (ГИГИЕНИСТ СТОМАТОЛОГИЧЕСКИЙ)" СТУДЕНТ ДОЛЖЕН УМЕТЬ:**

- проводить стоматологический осмотр пациента и оформлять амбулаторную карту;
- записывать зубную формулу постоянных и временных зубов в соответствии с международной системой обозначения;
- определять состояние твердых тканей зубов и интенсивность кариеса с помощью индексов КПУ, КППУ, кп, кпп и КПУ+кп;
- определять распространенность стоматологических заболеваний в группе обследованных;
- определять гигиеническое состояние полости рта с применением индексов (Федорова – Володкиной, Федорова – Володкиной в модификации Пахомова, Грина-Вермильона, ВОЗ, эффективности гигиены (РНР);
- выполнять различные методы профессиональной гигиены полости рта (ручной и аппаратный) при различных клинических ситуациях;
- осуществлять индивидуальный подбор средств гигиены полости рта пациенту в зависимости от возраста и состояния полости рта;
- обучать методам чистки зубов детей и взрослых;
- проводить контролируемую чистку зубов;
- проводить диагностику и дифференциальную диагностику начальных форм кариеса и некариозных поражений;
- проводить витальное окрашивание очагов деминерализации эмали;
- проводить реминерализующую терапию с применением различных средств (лаки, гели, пенки, растворы, эмаль-герметизирующий ликвид);
- проводить лечения начальных форм кариеса различными методами;
- проводить лечение истинной гиперестезии различными

методами;

- проводить лечение катарального гингивита;
- проводить герметизацию фиссур зубов различными герметиками;
- проводить беседы (индивидуальные, групповые), лекции с различным контингентом населения по предупреждению возникновения и развития стоматологических заболеваний;
- проводить "уроки здоровья" в организованных детских и взрослых коллективах;
- разрабатывать материалы по стоматологическому просвещению.

ПО ОКОНЧАНИЮ ПРОИЗВОДСТВЕННОЙ ПРАКТИКИ  
"ПОМОЩНИК ВРАЧА-СТОМАТОЛОГА (ГИГИЕНИСТ  
СТОМАТОЛОГИЧЕСКИЙ)" СТУДЕНТ ДОЛЖЕН ЗНАТЬ:

- методики отбеливания твердых тканей зубов (офисное и домашнее);
- методику инфильтрации начального кариеса системой Icon (DMG);
- особенности профессиональной гигиены полости рта при наличии имплантатов;
- особенности профессиональной гигиены полости рта при наличии брекет-системы;
- особенности профессиональной гигиены полости рта при наличии несъемных ортопедических конструкций;
- проявления различных общесоматических заболеваний в полости рта для обоснованного направления пациента к профильным специалистам;
- индивидуальный подбор предметов и средств гигиены полости рта при различных общесоматических заболеваниях;
- факторы, приводящие к возникновению зубочелюстных аномалий;
- особенности профилактических мероприятий в различных возрастных группах.

#### ПРАВИЛА ВЕДЕНИЯ ДНЕВНИКА:

1. Всё, кроме характеристики, заполняется на компьютере. Характеристика пишется от руки курирующим врачом и заверяется печатью.
2. Запрещено проводить лечение пациентов с диагнозами, не указанными в соответствующей графе дневника.
3. Необходимо указывать несколько представителей рекомендуемых предметов и средств гигиены для обеспечения выбора пациента.
4. Не все строки дневника обязательны к заполнению (в зависимости от

поставленного диагноза и проведенных манипуляций).



Дата: \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

№	Ф.И.О. пациента, возраст первичный или повт.	Опрос	Данные объективного исследования	Диагноз	Проведенное лечение, рекомендации
	<div>ФИО</div> <div>_____</div> <div>_____</div> <div>_____</div> <div>Возраст</div> <div>_____</div> <div>Первичный</div> <div>Повторный</div>	<p><b>Жалоб на момент осмотра не предъявляет</b>, явился с целью профилактического осмотра.</p> <p><b>Направлен</b> к гигиенисту стоматологическому от _____</p> <p>с _____ целью _____</p> <p><b>Жалобы на:</b>  <b>1. Боли/дискомфорт</b> _____          _____          _____          _____</p> <p><b>2. Кровоточивость десен</b> в области _____          зубов _____          _____ челюсти</p> <p><b>3. Пятна</b> _____ цвета в области _____          зубов _____          _____ челюсти</p> <p><b>4. Чувствительность</b> в области _____          зубов _____          _____ челюсти</p> <p><b>5. Наличие пигментированного налета</b> в _____</p>	<p><b>Внешний осмотр:</b>          _____          _____          _____</p> <p><b>Осмотр преддверия полости рта:</b>          _____          _____          _____</p> <p>Уздечки губ: _____</p> <p><b>Осмотр полости рта:</b>          Язык: _____          _____          _____          _____</p> <p>Уздечка языка _____</p> <p><b>Прикус:</b> _____          _____          _____</p> <p><b>ЗЧА:</b> _____          _____          _____</p> <p><b>Брекет-система:</b> _____          _____</p>	<p><b>Зубные отложения</b> минерализованные неминерализованные наддесневые поддесневые (Код МКБ _____)</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____ <b>гингивит</b> (Код МКБ _____)</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____ <b>пародонтит</b> (Код МКБ _____)</p> <p><b>Начальный кариес</b></p>	<p><u><b>Лечение:</b></u>  <b>1. Профессиональная гигиена полости рта:</b>          Под _____ анестезией _____ (название анестетика) произведено удаление:          - минерализованных зубных отложений в области _____ зубов с помощью аппарата _____          - неминерализованных зубных отложений в области _____ зубов с помощью _____          _____ (название пасты, щеток и чашек / аппарата для воздушно-абразивного метода и порошка)          Произведено вложение _____ (препарат) в пародонтальные карманы в области _____ зубов на _____ минут.</p> <p><b>2. Герметизация фиссур:</b>          - используемый метод герметизации: _____          - используемый материал: _____</p> <p><b>3. Реминерализующая терапия:</b>          - произведена аппликация _____ (препарат) в форме _____ на _____          _____          _____          _____ зубы в течение _____ минут.          - произведено глубокое фторирование _____          _____ зубов</p>

	<div>области _____зубов _____челюсти</div> <div>6.Изменение цвета в области _____зубов _____челюсти</div> <div>Период появления жалоб: _____ _____ _____ _____</div> <div>С чем пациент связывает возникновение жалоб (факторы _____и условия) _____ _____ _____</div> <div>Анамнез жизни: Наличие, _____тяжесть _____и продолжительность общесоматических заболеваний _____ _____ _____</div> <div>Наличие _____вредных привычек _____ _____ _____</div> <div>Периодичность посещения стоматолога _____ _____</div> <div>Используемая _____зубная щетка _____ _____</div>	<div>_____</div> <div>Имплантаты: _____ Ортопедические конструкции: _____</div> <div>Подвижность зубов (степень): _____ _____ _____</div> <div>Перкуссия: _____ _____ _____</div> <div>Термопробы: _____ _____ _____</div> <div>Состояние десны: _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____</div> <div>Локальное проявление основного заболевания: _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____</div> <div>Результаты _____дополнительных методов исследования: Рентгенография _____</div>	<div>_____зу</div> <div>боб (Код МКБ _____)</div> <div>Гиперестезия _____зубов (Код МКБ _____)</div> <div>Наличие фиссур, требующих герметизации: открытые закрытые пигментированные не пигментированные</div>	<div>препаратом _____</div> <div>Рекомендации: Кратность профилактических осмотров: _____в год</div> <div>Зубная щетка: Жесткость щетины: _____ Дополнительные особенности щетки: _____ _____</div> <div>3 варианта щетки (название): 1. _____ 2. _____ 3. _____</div> <div>Дополнительные предметы гигиены (название): 1. _____ 2. _____ 3. _____</div> <div>Зубная паста: Вид/назначение: _____ _____ _____</div> <div>Действующие вещества _____ _____ PPM _____(для _____фторсодержащих паст) _____ RDA _____</div> <div>3 варианта пасты (название): 1. _____ 2. _____ 3. _____</div> <div>Дополнительные средства гигиены: 1. _____</div>
--	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

	<p>Используемая зубная паста _____</p> <p>Используемые дополнительные предметы и средства гигиены _____</p> <p>Кратность замены зубной щетки _____ раз в год</p> <p><b>Семейный анамнез:</b> _____</p> <p><b>Аллергологический анамнез:</b> _____</p> <p><b>Анамнез заболевания:</b> Ранее проведенное лечение по данному заболеванию _____</p> <p>Эффективность лечения _____</p>	<p>Витальное окрашивание _____</p> <p>ЭОД _____</p> <p>Другое _____</p> <p>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</p> <p>55 54 53 52 51   61 62 63 64 65 85 84 83 82 81   71 72 73 74 75</p> <p>КПУ=____(____интенсивность) КПУ+кп=____(____интенс-ть) кп=____(____интенсивность)</p> <p>РМА=____(____степень)</p> <p>Индекс Федорова-Володкиной=____ (____гигиена) Индекс ОHI-S =____ (____гигиена)</p>	<p>2. _____</p> <p>3. _____</p> <p><b>Метод чистки зубов:</b> _____</p> <p><b>Консультация профильного специалиста:</b> _____</p> <p><b>Рекомендации после проведенных процедур:</b> _____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
--	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Дата: \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

№	Ф.И.О. пациента, возраст первичный или повт.	Опрос	Данные объективного исследования	Диагноз	Проведенное лечение, рекомендации
	<div>ФИО</div> <div>_____</div> <div>_____</div> <div>_____</div> <div>Возраст</div> <div>_____</div> <div>Первичный</div> <div>Повторный</div>	<p><b>Жалоб на момент осмотра не предъявляет</b>, явился с целью профилактического осмотра.</p> <p><b>Направлен</b> к гигиенисту стоматологическому от _____</p> <p>с _____ целью _____</p> <p><b>Жалобы на:</b>  <b>1. Боли/дискомфорт</b> _____          _____          _____          _____</p> <p><b>2. Кровоточивость десен</b> в области _____          зубов _____          _____ челюсти</p> <p><b>3. Пятна</b> _____ цвета в области _____          _____ зубов _____          _____ челюсти</p> <p><b>4. Чувствительность</b> в области _____          _____ зубов _____          _____ челюсти</p> <p><b>5. Наличие пигментированного налета</b> в _____</p>	<p><b>Внешний осмотр:</b>          _____          _____          _____</p> <p><b>Осмотр преддверия полости рта:</b>          _____          _____          _____</p> <p>Уздечки губ: _____</p> <p><b>Осмотр полости рта:</b>          Язык: _____          _____          _____          _____</p> <p>Уздечка языка _____</p> <p><b>Прикус:</b> _____          _____          _____</p> <p><b>ЗЧА:</b> _____          _____          _____</p> <p><b>Брекет-система:</b> _____          _____</p>	<p><b>Зубные отложения</b> минерализованные неминерализованные наддесневые поддесневые (Код МКБ _____)</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____ <b>гингивит</b> (Код МКБ _____)</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____ <b>пародонтит</b> (Код МКБ _____)</p> <p>_____</p> <p><b>Начальный кариес</b></p>	<p><u><b>Лечение:</b></u>  <b>1. Профессиональная гигиена полости рта:</b>          Под _____ анестезией _____ (название анестетика) произведено удаление:          - минерализованных зубных отложений в области _____ зубов с помощью аппарата _____          - неминерализованных зубных отложений в области _____ зубов с помощью _____ (название пасты, щеток и чашек / аппарата для воздушно-абразивного метода и порошка)          Произведено вложение _____ (препарат) в пародонтальные карманы в области _____ зубов на _____ минут.</p> <p><b>2. Герметизация фиссур:</b>          - используемый метод герметизации: _____          - используемый материал: _____</p> <p><b>3. Реминерализующая терапия:</b>          - произведена аппликация _____ (препарат) в форме _____ на _____          _____ зубы в течение _____ минут.          - произведено глубокое фторирование _____          _____ зубов</p>

		<p>области _____ зубов _____ челюсти _____</p> <p><b>6.Изменение цвета</b> в области _____</p> <p>зубов _____ челюсти _____</p> <p><b>Период появления жалоб:</b> _____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p><b>С чем пациент связывает возникновение жалоб</b> (факторы _____ и условия) _____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p><b>Анамнез жизни:</b> Наличие, _____ тяжесть _____ и продолжительность общесоматических заболеваний _____</p> <p>_____</p> <p>Наличие _____ вредных привычек _____</p> <p>_____</p> <p>Периодичность посещения стоматолога _____</p> <p>Используемая _____ зубная щетка _____</p> <p>_____</p>	<p>_____</p> <p><b>Имплантаты:</b> _____</p> <p><b>Ортопедические конструкции:</b> _____</p> <p><b>Подвижность зубов (степень):</b> _____</p> <p>_____</p> <p><b>Перкуссия:</b> _____</p> <p>_____</p> <p><b>Термопробы:</b> _____</p> <p>_____</p> <p><b>Состояние десны:</b> _____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p><b>Локальное проявление основного заболевания:</b> _____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p><b>Результаты дополнительных методов исследования:</b> Рентгенография _____</p>	<p>_____ зу _____ бов (Код МКБ _____)</p> <p><b>Гиперестезия</b> _____ зубов (Код МКБ _____)</p> <p><b>Наличие фиссур, требующих герметизации:</b> открытые закрытые пигментированные не пигментированные</p>	<p>препаратом _____</p> <p><b>Рекомендации:</b> Кратность профилактических осмотров: _____ в год</p> <p><b>Зубная щетка:</b> Жесткость щетины: _____</p> <p>Дополнительные особенности щетки: _____</p> <p>3 варианта щетки (название):</p> <p>1. _____</p> <p>2. _____</p> <p>3. _____</p> <p><b>Дополнительные предметы гигиены</b> (название):</p> <p>1. _____</p> <p>2. _____</p> <p>3. _____</p> <p><b>Зубная паста:</b> Вид/назначение: _____</p> <p>_____</p> <p>Действующие вещества _____</p> <p>PPM _____ (для _____ фторсодержащих паст) _____</p> <p>RDA _____</p> <p>3 варианта пасты (название):</p> <p>1. _____</p> <p>2. _____</p> <p>3. _____</p> <p><b>Дополнительные средства гигиены:</b></p> <p>1. _____</p>
--	--	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

	<p>Используемая зубная паста _____</p> <p>Используемые дополнительные предметы и средства гигиены _____</p> <p>Кратность замены зубной щетки _____ раз в год</p> <p><b>Семейный анамнез:</b> _____</p> <p><b>Аллергологический анамнез:</b> _____</p> <p><b>Анамнез заболевания:</b> Ранее проведенное лечение по данному заболеванию _____</p> <p>Эффективность лечения _____</p>	<p>Витальное окрашивание _____</p> <p>ЭОД _____</p> <p>Другое _____</p> <p>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</p> <p>55 54 53 52 51   61 62 63 64 65 85 84 83 82 81   71 72 73 74 75</p> <p>КПУ= _____ (_____ интенсивность) КПУ+кп= _____ (_____ интенс-ть) кп= _____ (_____ интенсивность)</p> <p>РМА= _____ (_____ степень)</p> <p>Индекс Федорова-Володкиной= _____ (_____ гигиена) Индекс ОHI-S = _____ (_____ гигиена)</p>	<p>2. _____</p> <p>3. _____</p> <p><b>Метод чистки зубов:</b> _____</p> <p><b>Консультация профильного специалиста:</b> _____</p> <p><b>Рекомендации после проведенных процедур:</b> _____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
--	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Дата: \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

№	Ф.И.О. пациента, возраст первичный или повт.	Опрос	Данные объективного исследования	Диагноз	Проведенное лечение, рекомендации
	<div>ФИО</div> <div>_____</div> <div>_____</div> <div>_____</div> <div>Возраст</div> <div>_____</div> <div>Первичный</div> <div>Повторный</div>	<p><b>Жалоб на момент осмотра не предъявляет</b>, явился с целью профилактического осмотра.</p> <p><b>Направлен</b> к гигиенисту стоматологическому от _____</p> <p>с _____ целью _____</p> <p><b>Жалобы на:</b>  <b>1. Боли/дискомфорт</b> _____          _____          _____          _____</p> <p><b>2. Кровоточивость десен</b> в области _____          зубов _____          _____ челюсти</p> <p><b>3. Пятна</b> _____ цвета в области _____          _____ зубов _____          _____ челюсти</p> <p><b>4. Чувствительность</b> в области _____          _____ зубов _____          _____ челюсти</p> <p><b>5. Наличие пигментированного налета</b> в _____</p>	<p><b>Внешний осмотр:</b>          _____          _____          _____</p> <p><b>Осмотр преддверия полости рта:</b>          _____          _____          _____</p> <p>Уздечки губ: _____</p> <p><b>Осмотр полости рта:</b>          Язык: _____          _____          _____          _____</p> <p>Уздечка языка _____</p> <p><b>Прикус:</b> _____          _____          _____</p> <p><b>ЗЧА:</b> _____          _____          _____</p> <p><b>Брекет-система:</b> _____</p>	<p><b>Зубные отложения</b> минерализованные неминерализованные наддесневые поддесневые (Код МКБ _____)</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____ <b>гинг</b></p> <p><b>ивит</b> (Код МКБ _____)</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____ <b>пародо</b></p> <p><b>нтит</b> (Код МКБ _____)</p> <p>_____</p> <p><b>Начальный кариес</b></p>	<p><u><b>Лечение:</b></u>  <b>1. Профессиональная гигиена полости рта:</b>          Под _____ анестезией _____ (название анестетика) произведено удаление:          - минерализованных зубных отложений в области _____ зубов с помощью аппарата _____          - неминерализованных зубных отложений в области _____ зубов с помощью _____          _____ (название пасты, щеток и чашек / аппарата для воздушно-абразивного метода и порошка)          Произведено вложение _____ (препарат) в пародонтальные карманы в области _____ зубов на _____ минут.</p> <p><b>2. Герметизация фиссур:</b>          - используемый метод герметизации: _____          - используемый материал: _____</p> <p><b>3. Реминерализующая терапия:</b>          - произведена аппликация _____ (препарат) в форме _____ на _____          _____ зубы в течение _____ минут.          - произведено глубокое фторирование _____          _____ зубов</p>

		<p>области _____ зубов _____ челюсти _____</p> <p><b>6.Изменение цвета</b> в области _____</p> <p>зубов _____ челюсти _____</p> <p><b>Период появления жалоб:</b> _____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p><b>С чем пациент связывает возникновение жалоб</b> (факторы _____ и условия) _____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p><b>Анамнез жизни:</b> Наличие, _____ тяжесть _____ и продолжительность общесоматических заболеваний _____</p> <p>_____</p> <p>Наличие _____ вредных привычек _____</p> <p>_____</p> <p>Периодичность посещения стоматолога _____</p> <p>Используемая _____ зубная щетка _____</p> <p>_____</p>	<p>_____</p> <p><b>Имплантаты:</b> _____</p> <p><b>Ортопедические конструкции:</b> _____</p> <p><b>Подвижность зубов (степень):</b> _____</p> <p>_____</p> <p><b>Перкуссия:</b> _____</p> <p>_____</p> <p><b>Термопробы:</b> _____</p> <p>_____</p> <p><b>Состояние десны:</b> _____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p><b>Локальное проявление основного заболевания:</b> _____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p><b>Результаты дополнительных методов исследования:</b> Рентгенография _____</p>	<p>_____ зу _____ бов (Код МКБ _____)</p> <p><b>Гиперестезия</b> _____ зубов (Код МКБ _____)</p> <p><b>Наличие фиссур, требующих герметизации:</b> открытые закрытые пигментированные не пигментированные</p>	<p>препаратом _____</p> <p><b>Рекомендации:</b> Кратность профилактических осмотров: _____ в год</p> <p><b>Зубная щетка:</b> Жесткость щетины: _____</p> <p>Дополнительные особенности щетки: _____</p> <p>3 варианта щетки (название):</p> <p>1. _____</p> <p>2. _____</p> <p>3. _____</p> <p><b>Дополнительные предметы гигиены</b> (название):</p> <p>1. _____</p> <p>2. _____</p> <p>3. _____</p> <p><b>Зубная паста:</b> Вид/назначение: _____</p> <p>_____</p> <p>Действующие вещества _____</p> <p>PPM _____ (для _____ фторсодержащих паст) _____</p> <p>RDA _____</p> <p>3 варианта пасты (название):</p> <p>1. _____</p> <p>2. _____</p> <p>3. _____</p> <p><b>Дополнительные средства гигиены:</b></p> <p>1. _____</p>
--	--	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------



	<p>Используемая зубная паста _____</p> <p>Используемые дополнительные предметы и средства гигиены _____</p> <p>Кратность замены зубной щетки _____ раз в год</p> <p><b>Семейный анамнез:</b> _____</p> <p><b>Аллергологический анамнез:</b> _____</p> <p><b>Анамнез заболевания:</b> Ранее проведенное лечение по данному заболеванию _____</p> <p>Эффективность лечения _____</p>	<p>Витальное окрашивание _____</p> <p>ЭОД _____</p> <p>Другое _____</p> <p>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</p> <p>55 54 53 52 51   61 62 63 64 65 85 84 83 82 81   71 72 73 74 75</p> <p>КПУ= _____ ( _____ интенсивность) КПУ+кп= _____ ( _____ интенс-ть) кп= _____ ( _____ интенсивность)</p> <p>РМА= _____ ( _____ степень)</p> <p>Индекс Федорова-Володкиной= _____ ( _____ гигиена) Индекс ОHI-S = _____ ( _____ гигиена)</p>	<p>2. _____</p> <p>3. _____</p> <p><b>Метод чистки зубов:</b> _____</p> <p><b>Консультация профильного специалиста:</b> _____</p> <p><b>Рекомендации после проведенных процедур:</b> _____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
--	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------



		<p>области _____ зубов _____ челюсти _____</p> <p><b>6.Изменение цвета</b> в области _____</p> <p>зубов _____ челюсти _____</p> <p><b>Период появления жалоб:</b> _____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p><b>С чем пациент связывает возникновение жалоб</b> (факторы _____ и условия) _____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p><b>Анамнез жизни:</b> Наличие, _____ тяжесть _____ и продолжительность общесоматических заболеваний _____</p> <p>_____</p> <p>Наличие _____ вредных привычек _____</p> <p>_____</p> <p>Периодичность посещения стоматолога _____</p> <p>Используемая _____ зубная щетка _____</p>	<p>_____</p> <p><b>Имплантаты:</b> _____</p> <p><b>Ортопедические конструкции:</b> _____</p> <p><b>Подвижность зубов (степень):</b> _____</p> <p>_____</p> <p><b>Перкуссия:</b> _____</p> <p>_____</p> <p><b>Термопробы:</b> _____</p> <p>_____</p> <p><b>Состояние десны:</b> _____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p><b>Локальное проявление основного заболевания:</b> _____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p><b>Результаты дополнительных методов исследования:</b> Рентгенография _____</p>	<p>_____ зу _____ бов (Код МКБ _____)</p> <p><b>Гиперестезия</b> _____ зубов (Код МКБ _____)</p> <p><b>Наличие фиссур, требующих герметизации:</b> открытые закрытые пигментированные не пигментированные</p>	<p>препаратом _____</p> <p><b>Рекомендации:</b> Кратность профилактических осмотров: _____ в год</p> <p><b>Зубная щетка:</b> Жесткость щетины: _____</p> <p>Дополнительные особенности щетки: _____</p> <p>3 варианта щетки (название):</p> <p>1. _____</p> <p>2. _____</p> <p>3. _____</p> <p><b>Дополнительные предметы гигиены</b> (название):</p> <p>1. _____</p> <p>2. _____</p> <p>3. _____</p> <p><b>Зубная паста:</b> Вид/назначение: _____</p> <p>_____</p> <p>Действующие вещества _____</p> <p>PPM _____ (для _____ фторсодержащих паст) _____</p> <p>RDA _____</p> <p>3 варианта пасты (название):</p> <p>1. _____</p> <p>2. _____</p> <p>3. _____</p> <p><b>Дополнительные средства гигиены:</b></p> <p>1. _____</p>
--	--	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

	<p>Используемая зубная паста _____</p> <p>Используемые дополнительные предметы и средства гигиены _____</p> <p>Кратность замены зубной щетки _____ раз в год</p> <p><b>Семейный анамнез:</b> _____</p> <p><b>Аллергологический анамнез:</b> _____</p> <p><b>Анамнез заболевания:</b> Ранее проведенное лечение по данному заболеванию _____</p> <p>Эффективность лечения _____</p>	<p>Витальное окрашивание _____</p> <p>ЭОД _____</p> <p>Другое _____</p> <p>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</p> <p>55 54 53 52 51   61 62 63 64 65 85 84 83 82 81   71 72 73 74 75</p> <p>КПУ= _____ (_____ интенсивность) КПУ+кп= _____ (_____ интенс-ть) кп= _____ (_____ интенсивность)</p> <p>РМА= _____ (_____ степень)</p> <p>Индекс Федорова-Володкиной= _____ (_____ гигиена) Индекс ОHI-S = _____ (_____ гигиена)</p>	<p>2. _____</p> <p>3. _____</p> <p><b>Метод чистки зубов:</b> _____</p> <p><b>Консультация профильного специалиста:</b> _____</p> <p><b>Рекомендации после проведенных процедур:</b> _____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
--	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Дата: \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

№	Ф.И.О. пациента, возраст первичный или повт.	Опрос	Данные объективного исследования	Диагноз	Проведенное лечение, рекомендации
	<div>ФИО</div> <div>_____</div> <div>_____</div> <div>_____</div> <div>Возраст</div> <div>_____</div> <div>Первичный</div> <div>Повторный</div>	<p><b>Жалоб на момент осмотра не предъявляет</b>, явился с целью профилактического осмотра.</p> <p><b>Направлен</b> к гигиенисту стоматологическому от _____</p> <p>с _____ целью _____</p> <p><b>Жалобы на:</b>  <b>1. Боли/дискомфорт</b> _____          _____          _____          _____</p> <p><b>2. Кровоточивость десен</b> в области _____          зубов _____          _____ челюсти</p> <p><b>3. Пятна</b> _____ цвета в области _____          _____ зубов _____          _____ челюсти</p> <p><b>4. Чувствительность</b> в области _____          _____ зубов _____          _____ челюсти</p> <p><b>5. Наличие пигментированного налета</b> в _____</p>	<p><b>Внешний осмотр:</b>          _____          _____          _____</p> <p><b>Осмотр преддверия полости рта:</b>          _____          _____          _____</p> <p>Уздечки губ: _____</p> <p><b>Осмотр полости рта:</b>          Язык: _____          _____          _____          _____</p> <p>Уздечка языка _____</p> <p><b>Прикус:</b> _____          _____          _____</p> <p><b>ЗЧА:</b> _____          _____          _____</p> <p><b>Брекет-система:</b> _____</p>	<p><b>Зубные отложения</b> минерализованные неминерализованные наддесневые поддесневые (Код МКБ _____)</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____ <b>гинг</b></p> <p><b>ивит</b> (Код МКБ _____)</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____ <b>пародо</b></p> <p><b>нтит</b> (Код МКБ _____)</p> <p>_____</p> <p><b>Начальный кариес</b></p>	<p><u><b>Лечение:</b></u>  <b>1. Профессиональная гигиена полости рта:</b>          Под _____ анестезией _____ (название анестетика) произведено удаление:          - минерализованных зубных отложений в области _____ зубов с помощью аппарата _____          - неминерализованных зубных отложений в области _____ зубов с помощью _____          _____ (название пасты, щеток и чашек / аппарата для воздушно-абразивного метода и порошка)          Произведено вложение _____ (препарат) в пародонтальные карманы в области _____ зубов на _____ минут.</p> <p><b>2. Герметизация фиссур:</b>          - используемый метод герметизации: _____          - используемый материал: _____</p> <p><b>3. Реминерализующая терапия:</b>          - произведена аппликация _____ (препарат) в форме _____ на _____          _____ зубы в течение _____ минут.          - произведено глубокое фторирование _____          _____ зубов</p>

		<p>области _____ зубов _____ челюсти _____</p> <p><b>6.Изменение цвета</b> в области _____</p> <p>зубов _____ челюсти _____</p> <p><b>Период появления жалоб:</b> _____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p><b>С чем пациент связывает возникновение жалоб</b> (факторы _____ и условия) _____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p><b>Анамнез жизни:</b> Наличие, _____ тяжесть _____ и продолжительность общесоматических заболеваний _____</p> <p>_____</p> <p>Наличие _____ вредных привычек _____</p> <p>_____</p> <p>Периодичность посещения стоматолога _____</p> <p>Используемая _____ зубная щетка _____</p>	<p>_____</p> <p><b>Имплантаты:</b> _____</p> <p><b>Ортопедические конструкции:</b> _____</p> <p><b>Подвижность зубов (степень):</b> _____</p> <p>_____</p> <p><b>Перкуссия:</b> _____</p> <p>_____</p> <p><b>Термопробы:</b> _____</p> <p>_____</p> <p><b>Состояние десны:</b> _____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p><b>Локальное проявление основного заболевания:</b> _____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p><b>Результаты дополнительных методов исследования:</b> Рентгенография _____</p>	<p>_____ зу _____ бов (Код МКБ _____)</p> <p><b>Гиперестезия</b> _____ зубов (Код МКБ _____)</p> <p><b>Наличие фиссур, требующих герметизации:</b> открытые закрытые пигментированные не пигментированные</p>	<p>препаратом _____</p> <p><b><u>Рекомендации:</u></b> Кратность профилактических осмотров: _____ в год</p> <p><b>Зубная щетка:</b> Жесткость щетины: _____</p> <p>Дополнительные особенности щетки: _____</p> <p>3 варианта щетки (название):</p> <p>1. _____</p> <p>2. _____</p> <p>3. _____</p> <p><b>Дополнительные предметы гигиены</b> (название):</p> <p>1. _____</p> <p>2. _____</p> <p>3. _____</p> <p><b>Зубная паста:</b> Вид/назначение: _____</p> <p>_____</p> <p>Действующие вещества _____</p> <p>PPM _____ (для _____ фторсодержащих паст) _____</p> <p>RDA _____</p> <p>3 варианта пасты (название):</p> <p>1. _____</p> <p>2. _____</p> <p>3. _____</p> <p><b>Дополнительные средства гигиены:</b></p> <p>1. _____</p>
--	--	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

	<div><div></div><div>Используемая зубная паста</div><div></div><div></div><div>Используемые дополнительные предметы и средства гигиены</div><div></div><div></div><div>Кратность замены зубной щетки раз в год</div><div>Семейный анамнез:</div><div></div><div></div><div>Аллергологический анамнез:</div><div></div><div></div><div>Анамнез заболевания:</div><div>Ранее проведенное лечение по данному заболеванию</div><div></div><div></div><div></div><div>Эффективность лечения</div><div></div><div></div></div>	<div><div></div><div>Витальное окрашивание</div><div></div><div>ЭОД</div><div></div><div>Другое</div><div></div><div></div><div></div><div>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</div><div></div><div>55 54 53 52 51   61 62 63 64 65 85 84 83 82 81   71 72 73 74 75</div><div></div><div>КПУ= (интенсивность)</div><div>КПУ+кп= (интенс-ть)</div><div>кп= (интенсивность)</div><div></div><div>РМА= (степень)</div><div></div><div>Индекс Федорова-Володкиной= (гигиена)</div><div>Индекс ОHI-S = (гигиена)</div><div></div></div>	<div><div></div><div>2.</div><div></div><div>3.</div><div></div><div>Метод чистки зубов:</div><div>Консультация профильного специалиста:</div><div></div><div>Рекомендации после проведенных процедур:</div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div></div>
--	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Дата: \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

№	Ф.И.О. пациента, возраст первичный или повт.	Опрос	Данные объективного исследования	Диагноз	Проведенное лечение, рекомендации
	<div>ФИО</div> <div>_____</div> <div>_____</div> <div>_____</div> <div>Возраст</div> <div>_____</div> <div>Первичный</div> <div>Повторный</div>	<p><b>Жалоб на момент осмотра не предъявляет</b>, явился с целью профилактического осмотра.</p> <p><b>Направлен</b> к гигиенисту стоматологическому от _____</p> <p>_____ с _____ целью _____</p> <p><b>Жалобы на:</b></p> <p><b>1. Боли/дискомфорт</b> _____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p><b>2. Кровоточивость десен</b> в области _____</p> <p>_____ зубов _____ челюсти</p> <p><b>3. Пятна</b> _____ цвета в области _____ зубов _____ челюсти</p> <p><b>4. Чувствительность</b> в области _____ зубов _____ челюсти</p> <p><b>5. Наличие пигментированного налета</b> в _____</p>	<p><b>Внешний осмотр:</b></p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p><b>Осмотр преддверия полости рта:</b></p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>Уздечки губ: _____</p> <p>_____</p> <p><b>Осмотр полости рта:</b></p> <p>Язык: _____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>Уздечка языка _____</p> <p>_____</p> <p><b>Прикус:</b> _____</p> <p>_____</p> <p><b>ЗЧА:</b> _____</p> <p>_____</p> <p><b>Брекет-система:</b> _____</p>	<p><b>Зубные отложения</b> минерализованные неминерализованные наддесневые поддесневые (Код МКБ _____)</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____ <b>гингивит</b> (Код МКБ _____)</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____ <b>пародонтит</b> (Код МКБ _____)</p> <p><b>Начальный кариес</b></p>	<p><u><b>Лечение:</b></u></p> <p><b>1. Профессиональная гигиена полости рта:</b> Под _____ анестезией _____ (название анестетика) произведено удаление: - минерализованных зубных отложений в области _____ зубов с помощью аппарата _____ - неминерализованных зубных отложений в области _____ зубов с помощью _____ (название пасты, щеток и чашек / аппарата для воздушно-абразивного метода и порошка) Произведено вложение _____ (препарат) в пародонтальные карманы в области _____ зубов на _____ минут.</p> <p><b>2. Герметизация фиссур:</b> - используемый метод герметизации: _____ - используемый материал: _____</p> <p><b>3. Реминерализующая терапия:</b> - произведена аппликация _____ (препарат) в форме _____ на _____ зубы в течение _____ минут. - произведено глубокое фторирование _____ зубов</p>



	<div>области _____ зубов _____ челюсти</div> <div>6.Изменение цвета в области _____ зубов _____ челюсти</div> <div>Период появления жалоб: _____ _____ _____ _____</div> <div>С чем пациент связывает возникновение жалоб (факторы и условия) _____ _____ _____</div> <div>Анамнез жизни: Наличие, _____ тяжесть _____ и продолжительность общесоматических заболеваний _____ _____ _____</div> <div>Наличие _____ вредных привычек _____ _____ _____</div> <div>Периодичность посещения стоматолога _____ _____</div> <div>Используемая _____ зубная щетка _____ _____</div>	<div>_____</div> <div>Имплантаты: _____ Ортопедические конструкции: _____</div> <div>Подвижность _____ зубов _____ (степень): _____ _____ _____</div> <div>Перкуссия: _____ _____ _____</div> <div>Термопробы: _____ _____ _____</div> <div>Состояние десны: _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____</div> <div>Локальное проявление основного заболевания: _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____</div> <div>Результаты _____ дополнительных методов исследования: _____ Рентгенография _____</div>	<div>_____ зу бов (Код МКБ _____)</div> <div>Гиперестезия _____ зу бов (Код МКБ _____)</div> <div>Наличие фиссур, требующих герметизации: _____ открытые _____ закрытые _____ пигментированн ые _____ непигментирова нные _____</div>	<div>препаратом _____</div> <div><u>Рекомендации:</u> Кратность _____ профилактических осмотров: _____ в год</div> <div>Зубная щетка: Жесткость _____ щетины: _____ Дополнительные _____ особенности _____ щетки: _____ _____</div> <div>3 варианта щетки (название): 1. _____ 2. _____ 3. _____ _____</div> <div>Дополнительные _____ предметы _____ гигиены (название): 1. _____ 2. _____ 3. _____ _____</div> <div>Зубная паста: Вид/назначение: _____ _____ _____</div> <div>Действующие вещества _____ _____ PPM _____ (для _____ фторсодержащих паст) _____ RDA _____ _____</div> <div>3 варианта пасты (название): 1. _____ 2. _____ 3. _____ _____</div> <div>Дополнительные средства гигиены: 1. _____</div>
--	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

	<p>Используемая зубная паста _____</p> <p>Используемые дополнительные предметы и средства гигиены _____</p> <p>Кратность замены зубной щетки _____ раз в год</p> <p><b>Семейный анамнез:</b> _____</p> <p><b>Аллергологический анамнез:</b> _____</p> <p><b>Анамнез заболевания:</b> Ранее проведенное лечение по данному заболеванию _____</p> <p>Эффективность лечения _____</p>	<p>Витальное окрашивание _____</p> <p>ЭОД _____</p> <p>Другое _____</p> <p>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</p> <p>55 54 53 52 51   61 62 63 64 65 85 84 83 82 81   71 72 73 74 75</p> <p>КПУ= _____ (_____ интенсивность) КПУ+кп= _____ (_____ интенс-ть) кп= _____ (_____ интенсивность)</p> <p>РМА= _____ (_____ степень)</p> <p>Индекс Федорова-Володкиной= _____ (_____ гигиена) Индекс ОHI-S = _____ (_____ гигиена)</p>	<p>2. _____</p> <p>3. _____</p> <p><b>Метод чистки зубов:</b> _____</p> <p><b>Консультация профильного специалиста:</b> _____</p> <p><b>Рекомендации после проведенных процедур:</b> _____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
--	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Дата: \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

№	Ф.И.О. пациента, возраст первичный или повт.	Опрос	Данные объективного исследования	Диагноз	Проведенное лечение, рекомендации
	<div>ФИО</div> <div>_____</div> <div>_____</div> <div>_____</div> <div>Возраст</div> <div>_____</div> <div>Первичный</div> <div>Повторный</div>	<p><b>Жалоб на момент осмотра не предъявляет</b>, явился с целью профилактического осмотра.</p> <p><b>Направлен</b> к гигиенисту стоматологическому от _____</p> <p>с _____ целью _____</p> <p><b>Жалобы на:</b>  <b>1. Боли/дискомфорт</b> _____          _____          _____          _____</p> <p><b>2. Кровоточивость десен</b> в области _____          зубов _____          _____ челюсти</p> <p><b>3. Пятна</b> _____ цвета в области _____          _____ зубов _____          _____ челюсти</p> <p><b>4. Чувствительность</b> в области _____          _____ зубов _____          _____ челюсти</p> <p><b>5. Наличие пигментированного налета</b> в _____</p>	<p><b>Внешний осмотр:</b>          _____          _____          _____</p> <p><b>Осмотр преддверия полости рта:</b>          _____          _____          _____</p> <p>Уздечки губ: _____</p> <p><b>Осмотр полости рта:</b>          Язык: _____          _____          _____          _____</p> <p>Уздечка языка _____</p> <p><b>Прикус:</b> _____          _____          _____</p> <p><b>ЗЧА:</b> _____          _____          _____</p> <p><b>Брекет-система:</b> _____          _____</p>	<p><b>Зубные отложения</b> минерализованные неминерализованные наддесневые поддесневые (Код МКБ _____)</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____ <b>гинг</b></p> <p><b>ивит</b> (Код МКБ _____)</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____ <b>пародо</b></p> <p><b>нтит</b> (Код МКБ _____)</p> <p>_____</p> <p><b>Начальный кариес</b></p>	<p><u><b>Лечение:</b></u>  <b>1. Профессиональная гигиена полости рта:</b>          Под _____ анестезией _____ (название анестетика) произведено удаление:          - минерализованных зубных отложений в области _____ зубов с помощью аппарата _____          - неминерализованных зубных отложений в области _____ зубов с помощью _____          _____ (название пасты, щеток и чашек / аппарата для воздушно-абразивного метода и порошка)          Произведено вложение _____ (препарат) в пародонтальные карманы в области _____ зубов на _____ минут.</p> <p><b>2. Герметизация фиссур:</b>          - используемый метод герметизации: _____          - используемый материал: _____</p> <p><b>3. Реминерализующая терапия:</b>          - произведена аппликация _____ (препарат) в форме _____ на _____          _____ зубы в течение _____ минут.          - произведено глубокое фторирование _____          _____ зубов</p>

		<p>области _____ зубов _____ челюсти _____</p> <p><b>6.Изменение цвета</b> в области _____</p> <p>зубов _____ челюсти _____</p> <p><b>Период появления жалоб:</b> _____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p><b>С чем пациент связывает возникновение жалоб</b> (факторы _____ и условия) _____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p><b>Анамнез жизни:</b> Наличие, _____ тяжесть _____ и продолжительность общесоматических заболеваний _____</p> <p>_____</p> <p>Наличие _____ вредных привычек _____</p> <p>_____</p> <p>Периодичность посещения стоматолога _____</p> <p>Используемая _____ зубная щетка _____</p> <p>_____</p>	<p>_____</p> <p><b>Имплантаты:</b> _____</p> <p><b>Ортопедические конструкции:</b> _____</p> <p><b>Подвижность зубов (степень):</b> _____</p> <p>_____</p> <p><b>Перкуссия:</b> _____</p> <p>_____</p> <p><b>Термопробы:</b> _____</p> <p>_____</p> <p><b>Состояние десны:</b> _____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p><b>Локальное проявление основного заболевания:</b> _____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p><b>Результаты дополнительных методов исследования:</b> Рентгенография _____</p>	<p>_____ зу _____ бов (Код МКБ _____)</p> <p><b>Гиперестезия</b> _____ зубов (Код МКБ _____)</p> <p><b>Наличие фиссур, требующих герметизации:</b> открытые закрытые пигментированные не пигментированные</p>	<p>препаратом _____</p> <p><b><u>Рекомендации:</u></b> Кратность профилактических осмотров: _____ в год</p> <p><b>Зубная щетка:</b> Жесткость щетины: _____</p> <p>Дополнительные особенности щетки: _____</p> <p>3 варианта щетки (название):</p> <p>1. _____</p> <p>2. _____</p> <p>3. _____</p> <p><b>Дополнительные предметы гигиены</b> (название):</p> <p>1. _____</p> <p>2. _____</p> <p>3. _____</p> <p><b>Зубная паста:</b> Вид/назначение: _____</p> <p>_____</p> <p>Действующие вещества _____</p> <p>PPM _____ (для _____ фторсодержащих паст) _____</p> <p>RDA _____</p> <p>3 варианта пасты (название):</p> <p>1. _____</p> <p>2. _____</p> <p>3. _____</p> <p><b>Дополнительные средства гигиены:</b></p> <p>1. _____</p>
--	--	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

	<p>Используемая зубная паста _____</p> <p>Используемые дополнительные предметы и средства гигиены _____</p> <p>Кратность замены зубной щетки _____ раз в год</p> <p><b>Семейный анамнез:</b> _____</p> <p><b>Аллергологический анамнез:</b> _____</p> <p><b>Анамнез заболевания:</b> Ранее проведенное лечение по данному заболеванию _____</p> <p>Эффективность лечения _____</p>	<p>Витальное окрашивание _____</p> <p>ЭОД _____</p> <p>Другое _____</p> <p>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</p> <p>55 54 53 52 51   61 62 63 64 65 85 84 83 82 81   71 72 73 74 75</p> <p>КПУ= _____ (_____ интенсивность) КПУ+кп= _____ (_____ интенс-ть) кп= _____ (_____ интенсивность)</p> <p>РМА= _____ (_____ степень)</p> <p>Индекс Федорова-Володкиной= _____ (_____ гигиена) Индекс ОHI-S = _____ (_____ гигиена)</p>	<p>2. _____</p> <p>3. _____</p> <p><b>Метод чистки зубов:</b> _____</p> <p><b>Консультация профильного специалиста:</b> _____</p> <p><b>Рекомендации после проведенных процедур:</b> _____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
--	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Дата: \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

№	Ф.И.О. пациента, возраст первичный или повт.	Опрос	Данные объективного исследования	Диагноз	Проведенное лечение, рекомендации
	<div>ФИО</div> <div>_____</div> <div>_____</div> <div>_____</div> <div>Возраст</div> <div>_____</div> <div>Первичный</div> <div>Повторный</div>	<p><b>Жалоб на момент осмотра не предъявляет</b>, явился с целью профилактического осмотра.</p> <p><b>Направлен</b> к гигиенисту стоматологическому от _____</p> <p>с _____ целью _____</p> <p><b>Жалобы на:</b>  <b>1. Боли/дискомфорт</b> _____          _____          _____          _____</p> <p><b>2. Кровоточивость десен</b> в области _____          зубов _____          _____ челюсти</p> <p><b>3. Пятна</b> _____ цвета в области _____          _____ зубов _____          _____ челюсти</p> <p><b>4. Чувствительность</b> в области _____          _____ зубов _____          _____ челюсти</p> <p><b>5. Наличие пигментированного налета</b> в _____</p>	<p><b>Внешний осмотр:</b>          _____          _____          _____</p> <p><b>Осмотр преддверия полости рта:</b>          _____          _____          _____</p> <p>Уздечки губ: _____</p> <p><b>Осмотр полости рта:</b>          Язык: _____          _____          _____          _____</p> <p>Уздечка языка _____</p> <p><b>Прикус:</b> _____          _____          _____</p> <p><b>ЗЧА:</b> _____          _____          _____</p> <p><b>Брекет-система:</b> _____          _____</p>	<p><b>Зубные отложения</b> минерализованные неминерализованные наддесневые поддесневые (Код МКБ _____)</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____ <b>гинг</b></p> <p><b>ивит</b> (Код МКБ _____)</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____ <b>пародо</b></p> <p><b>нтит</b> (Код МКБ _____)</p> <p>_____</p> <p><b>Начальный кариес</b></p>	<p><u><b>Лечение:</b></u>  <b>1. Профессиональная гигиена полости рта:</b>          Под _____ анестезией _____ (название анестетика) произведено удаление:          - минерализованных зубных отложений в области _____ зубов с помощью аппарата _____          - неминерализованных зубных отложений в области _____ зубов с помощью _____          _____ (название пасты, щеток и чашек / аппарата для воздушно-абразивного метода и порошка)          Произведено вложение _____ (препарат) в пародонтальные карманы в области _____ зубов на _____ минут.</p> <p><b>2. Герметизация фиссур:</b>          - используемый метод герметизации: _____          - используемый материал: _____</p> <p><b>3. Реминерализующая терапия:</b>          - произведена аппликация _____ (препарат) в форме _____ на _____          _____          _____          _____ зубы в течение _____ минут.          - произведено глубокое фторирование _____          _____ зубов</p>

		<p>области _____ зубов _____ челюсти _____</p> <p><b>6.Изменение цвета</b> в области _____</p> <p>зубов _____ челюсти _____</p> <p><b>Период появления жалоб:</b> _____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p><b>С чем пациент связывает возникновение жалоб</b> (факторы _____ и условия) _____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p><b>Анамнез жизни:</b> Наличие, _____ тяжесть _____ и продолжительность общесоматических заболеваний _____</p> <p>_____</p> <p>Наличие _____ вредных привычек _____</p> <p>_____</p> <p>Периодичность посещения стоматолога _____</p> <p>Используемая _____ зубная щетка _____</p> <p>_____</p>	<p>_____</p> <p><b>Имплантаты:</b> _____</p> <p><b>Ортопедические конструкции:</b> _____</p> <p><b>Подвижность зубов (степень):</b> _____</p> <p>_____</p> <p><b>Перкуссия:</b> _____</p> <p>_____</p> <p><b>Термопробы:</b> _____</p> <p>_____</p> <p><b>Состояние десны:</b> _____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p><b>Локальное проявление основного заболевания:</b> _____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p><b>Результаты дополнительных методов исследования:</b> Рентгенография _____</p>	<p>_____ зу _____ бов (Код МКБ _____)</p> <p><b>Гиперестезия</b> _____ зубов (Код МКБ _____)</p> <p><b>Наличие фиссур, требующих герметизации:</b> открытые закрытые пигментированные не пигментированные</p>	<p>препаратом _____</p> <p><b><u>Рекомендации:</u></b> Кратность профилактических осмотров: _____ в год</p> <p><b>Зубная щетка:</b> Жесткость щетины: _____</p> <p>Дополнительные особенности щетки: _____</p> <p>3 варианта щетки (название):</p> <p>1. _____</p> <p>2. _____</p> <p>3. _____</p> <p><b>Дополнительные предметы гигиены</b> (название):</p> <p>1. _____</p> <p>2. _____</p> <p>3. _____</p> <p><b>Зубная паста:</b> Вид/назначение: _____</p> <p>_____</p> <p>Действующие вещества _____</p> <p>PPM _____ (для _____ фторсодержащих паст) _____</p> <p>RDA _____</p> <p>3 варианта пасты (название):</p> <p>1. _____</p> <p>2. _____</p> <p>3. _____</p> <p><b>Дополнительные средства гигиены:</b></p> <p>1. _____</p>
--	--	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

	<p>Используемая зубная паста _____</p> <p>Используемые дополнительные предметы и средства гигиены _____</p> <p>Кратность замены зубной щетки _____ раз в год</p> <p><b>Семейный анамнез:</b> _____</p> <p><b>Аллергологический анамнез:</b> _____</p> <p><b>Анамнез заболевания:</b> Ранее проведенное лечение по данному заболеванию _____</p> <p>Эффективность лечения _____</p>	<p>Витальное окрашивание _____</p> <p>ЭОД _____</p> <p>Другое _____</p> <p>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</p> <p>55 54 53 52 51   61 62 63 64 65 85 84 83 82 81   71 72 73 74 75</p> <p>КПУ= _____ ( _____ интенсивность) КПУ+кп= _____ ( _____ интенс-ть) кп= _____ ( _____ интенсивность)</p> <p>РМА= _____ ( _____ степень)</p> <p>Индекс Федорова-Володкиной= _____ ( _____ гигиена) Индекс ОHI-S = _____ ( _____ гигиена)</p>	<p>2. _____</p> <p>3. _____</p> <p><b>Метод чистки зубов:</b> _____</p> <p><b>Консультация профильного специалиста:</b> _____</p> <p><b>Рекомендации после проведенных процедур:</b> _____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
--	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------



Дата: \_\_\_\_\_ 20\_\_г.

№	Ф.И.О. пациента, возраст первичный или повт.	Опрос	Данные объективного исследования	Диагноз	Проведенное лечение, рекомендации
	<div>ФИО</div> <div></div> <div></div> <div></div> <div>Возраст</div> <div></div> <div>Первичный</div> <div>Повторный</div>	<p><b>Жалоб на момент осмотра не предъявляет</b>, явился с целью профилактического осмотра.</p> <p><b>Направлен</b> к гигиенисту стоматологическому от _____</p> <p>_____ с _____ целью _____</p> <p><b>Жалобы на:</b>  <b>1.Боли/дискомфорт</b> _____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p><b>2.Кровоточивость</b> десен в области _____</p> <p>_____ зубов _____ челюсти</p> <p><b>3.Пятна</b> _____ цвета в области _____ зубов _____ челюсти</p> <p><b>4.Чувствительность</b> в области _____ зубов _____ челюсти</p> <p><b>5.Наличие пигментированного налета</b> в _____</p>	<p><b>Внешний осмотр:</b></p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p><b>Осмотр преддверия полости рта:</b></p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>Уздечки губ: _____</p> <p>_____</p> <p><b>Осмотр полости рта:</b>  Язык: _____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>Уздечка языка _____</p> <p>_____</p> <p><b>Прикус:</b> _____</p> <p>_____</p> <p><b>ЗЧА:</b> _____</p> <p>_____</p> <p><b>Брекет-система:</b> _____</p>	<p><b>Зубные отложения</b> минерализованные неминерализованные наддесневые поддесневые (Код МКБ _____)</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____ <b>гингивит</b> (Код МКБ _____)</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____ <b>пародонтит</b> (Код МКБ _____)</p> <p>_____</p> <p><b>Начальный кариес</b></p>	<p><u><b>Лечение:</b></u>  <b>1. Профессиональная гигиена полости рта:</b>  Под _____ анестезией _____ (название анестетика) произведено удаление:  - минерализованных зубных отложений в области _____ зубов с помощью аппарата _____  - неминерализованных зубных отложений в области _____ зубов с помощью _____ (название пасты, щеток и чашек / аппарата для воздушно-абразивного метода и порошка)  Произведено вложение _____ (препарат) в пародонтальные карманы в области _____ зубов на _____ минут.</p> <p><b>2. Герметизация фиссур:</b>  - используемый метод герметизации: _____  - используемый материал: _____</p> <p><b>3. Реминерализующая терапия:</b>  - _____ произведена аппликация _____ (препарат) в форме _____ на _____ зубы в течение _____ минут.  - _____ произведено _____ глубокое фторирование _____ зубов</p>

		<p>области _____ зубов _____ челюсти _____</p> <p><b>6.Изменение цвета</b> в области _____</p> <p>зубов _____ челюсти _____</p> <p><b>Период появления жалоб:</b> _____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p><b>С чем пациент связывает возникновение жалоб</b> (факторы _____ и условия) _____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p><b>Анамнез жизни:</b> Наличие, _____ тяжесть _____ и продолжительность общесоматических заболеваний _____</p> <p>_____</p> <p>Наличие _____ вредных привычек _____</p> <p>_____</p> <p>Периодичность посещения стоматолога _____</p> <p>Используемая _____ зубная щетка _____</p>	<p>_____</p> <p><b>Имплантаты:</b> _____</p> <p><b>Ортопедические конструкции:</b> _____</p> <p><b>Подвижность зубов (степень):</b> _____</p> <p>_____</p> <p><b>Перкуссия:</b> _____</p> <p>_____</p> <p><b>Термопробы:</b> _____</p> <p>_____</p> <p><b>Состояние десны:</b> _____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p><b>Локальное проявление основного заболевания:</b> _____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p><b>Результаты дополнительных методов исследования:</b> Рентгенография _____</p>	<p>_____ зу _____ бов (Код МКБ _____)</p> <p><b>Гиперестезия</b> _____ зубов (Код МКБ _____)</p> <p><b>Наличие фиссур, требующих герметизации:</b> открытые закрытые пигментированные не пигментированные</p>	<p>препаратом _____</p> <p><b><u>Рекомендации:</u></b> Кратность профилактических осмотров: _____ в год</p> <p><b>Зубная щетка:</b> Жесткость щетины: _____</p> <p>Дополнительные особенности щетки: _____</p> <p>3 варианта щетки (название):</p> <p>1. _____</p> <p>2. _____</p> <p>3. _____</p> <p><b>Дополнительные предметы гигиены</b> (название):</p> <p>1. _____</p> <p>2. _____</p> <p>3. _____</p> <p><b>Зубная паста:</b> Вид/назначение: _____</p> <p>_____</p> <p>Действующие вещества _____</p> <p>PPM _____ (для _____ фторсодержащих паст) _____</p> <p>RDA _____</p> <p>3 варианта пасты (название):</p> <p>1. _____</p> <p>2. _____</p> <p>3. _____</p> <p><b>Дополнительные средства гигиены:</b></p> <p>1. _____</p>
--	--	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

	<p>Используемая зубная паста _____</p> <p>Используемые дополнительные предметы и средства гигиены _____</p> <p>Кратность замены зубной щетки _____ раз в год</p> <p><b>Семейный анамнез:</b> _____</p> <p><b>Аллергологический анамнез:</b> _____</p> <p><b>Анамнез заболевания:</b> Ранее проведенное лечение по данному заболеванию _____</p> <p>Эффективность лечения _____</p>	<p>Витальное окрашивание _____</p> <p>ЭОД _____</p> <p>Другое _____</p> <p>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</p> <p>55 54 53 52 51   61 62 63 64 65 85 84 83 82 81   71 72 73 74 75</p> <p>КПУ= _____ (_____ интенсивность) КПУ+кп= _____ (_____ интенс-ть) кп= _____ (_____ интенсивность)</p> <p>РМА= _____ (_____ степень)</p> <p>Индекс Федорова-Володкиной= _____ (_____ гигиена) Индекс ОHI-S = _____ (_____ гигиена)</p>	<p>2. _____</p> <p>3. _____</p> <p><b>Метод чистки зубов:</b> _____</p> <p><b>Консультация профильного специалиста:</b> _____</p> <p><b>Рекомендации после проведенных процедур:</b> _____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
--	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Дата: \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

№	Ф.И.О. пациента, возраст первичный или повт.	Опрос	Данные объективного исследования	Диагноз	Проведенное лечение, рекомендации
	<div>ФИО</div> <div>_____</div> <div>_____</div> <div>_____</div> <div>Возраст</div> <div>_____</div> <div>Первичный</div> <div>Повторный</div>	<p><b>Жалоб на момент осмотра не предъявляет</b>, явился с целью профилактического осмотра.</p> <p><b>Направлен</b> к гигиенисту стоматологическому от _____</p> <p>с _____ целью _____</p> <p><b>Жалобы на:</b>  <b>1. Боли/дискомфорт</b> _____          _____          _____          _____</p> <p><b>2. Кровоточивость десен</b> в области _____          зубов _____          _____ челюсти</p> <p><b>3. Пятна</b> _____ цвета в области _____          _____ зубов _____          _____ челюсти</p> <p><b>4. Чувствительность</b> в области _____          _____ зубов _____          _____ челюсти</p> <p><b>5. Наличие пигментированного налета</b> в _____</p>	<p><b>Внешний осмотр:</b>          _____          _____          _____</p> <p><b>Осмотр преддверия полости рта:</b>          _____          _____          _____</p> <p>Уздечки губ: _____</p> <p><b>Осмотр полости рта:</b>          Язык: _____          _____          _____          _____</p> <p>Уздечка языка _____</p> <p><b>Прикус:</b> _____          _____          _____</p> <p><b>ЗЧА:</b> _____          _____          _____</p> <p><b>Брекет-система:</b> _____          _____</p>	<p><b>Зубные отложения</b> минерализованные неминерализованные наддесневые поддесневые (Код МКБ _____)</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____ <b>гинг</b></p> <p><b>ивит</b> (Код МКБ _____)</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____ <b>пародо</b></p> <p><b>нтит</b> (Код МКБ _____)</p> <p>_____</p> <p><b>Начальный кариес</b></p>	<p><u><b>Лечение:</b></u>  <b>1. Профессиональная гигиена полости рта:</b>          Под _____ анестезией _____ (название анестетика) произведено удаление:          - минерализованных зубных отложений в области _____ зубов с помощью аппарата _____          - неминерализованных зубных отложений в области _____ зубов с помощью _____          _____ (название пасты, щеток и чашек / аппарата для воздушно-абразивного метода и порошка)          Произведено вложение _____ (препарат) в пародонтальные карманы в области _____ зубов на _____ минут.</p> <p><b>2. Герметизация фиссур:</b>          - используемый метод герметизации: _____          - используемый материал: _____</p> <p><b>3. Реминерализующая терапия:</b>          - произведена аппликация _____ (препарат) в форме _____ на _____          _____          _____          _____ зубы в течение _____ минут.          - произведено глубокое фторирование _____          _____ зубов</p>

		<p>области _____ зубов _____ челюсти _____</p> <p><b>6.Изменение цвета</b> в области _____</p> <p>зубов _____ челюсти _____</p> <p><b>Период появления жалоб:</b> _____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p><b>С чем пациент связывает возникновение жалоб</b> (факторы _____ и условия) _____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p><b>Анамнез жизни:</b> Наличие, _____ тяжесть _____ и продолжительность общесоматических заболеваний _____</p> <p>_____</p> <p>Наличие _____ вредных привычек _____</p> <p>_____</p> <p>Периодичность посещения стоматолога _____</p> <p>Используемая _____ зубная щетка _____</p>	<p>_____</p> <p><b>Имплантаты:</b> _____</p> <p><b>Ортопедические конструкции:</b> _____</p> <p><b>Подвижность зубов (степень):</b> _____</p> <p>_____</p> <p><b>Перкуссия:</b> _____</p> <p>_____</p> <p><b>Термопробы:</b> _____</p> <p>_____</p> <p><b>Состояние десны:</b> _____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p><b>Локальное проявление основного заболевания:</b> _____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p><b>Результаты дополнительных методов исследования:</b> Рентгенография _____</p>	<p>_____ зу _____ бов (Код МКБ _____)</p> <p><b>Гиперестезия</b> _____ зубов (Код МКБ _____)</p> <p><b>Наличие фиссур, требующих герметизации:</b> открытые закрытые пигментированные не пигментированные</p>	<p>препаратом _____</p> <p><b>Рекомендации:</b> Кратность профилактических осмотров: _____ в год</p> <p><b>Зубная щетка:</b> Жесткость щетины: _____</p> <p>Дополнительные особенности щетки: _____</p> <p>3 варианта щетки (название):</p> <p>1. _____</p> <p>2. _____</p> <p>3. _____</p> <p><b>Дополнительные предметы гигиены</b> (название):</p> <p>1. _____</p> <p>2. _____</p> <p>3. _____</p> <p><b>Зубная паста:</b> Вид/назначение: _____</p> <p>_____</p> <p>Действующие вещества _____</p> <p>PPM _____ (для _____ фторсодержащих паст) _____</p> <p>RDA _____</p> <p>3 варианта пасты (название):</p> <p>1. _____</p> <p>2. _____</p> <p>3. _____</p> <p><b>Дополнительные средства гигиены:</b></p> <p>1. _____</p>
--	--	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

	<p>Используемая зубная паста _____</p> <p>Используемые дополнительные предметы и средства гигиены _____</p> <p>Кратность замены зубной щетки _____ раз в год</p> <p><b>Семейный анамнез:</b> _____</p> <p><b>Аллергологический анамнез:</b> _____</p> <p><b>Анамнез заболевания:</b> Ранее проведенное лечение по данному заболеванию _____</p> <p>Эффективность лечения _____</p>	<p>Витальное окрашивание _____</p> <p>ЭОД _____</p> <p>Другое _____</p> <p>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</p> <p>55 54 53 52 51   61 62 63 64 65 85 84 83 82 81   71 72 73 74 75</p> <p>КПУ= _____ (_____ интенсивность) КПУ+кп= _____ (_____ интенс-ть) кп= _____ (_____ интенсивность)</p> <p>РМА= _____ (_____ степень)</p> <p>Индекс Федорова-Володкиной= _____ (_____ гигиена) Индекс ОHI-S = _____ (_____ гигиена)</p>	<p>2. _____</p> <p>3. _____</p> <p><b>Метод чистки зубов:</b> _____</p> <p><b>Консультация профильного специалиста:</b> _____</p> <p><b>Рекомендации после проведенных процедур:</b> _____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
--	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Дата: \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

№	Ф.И.О. пациента, возраст первичный или повт.	Опрос	Данные объективного исследования	Диагноз	Проведенное лечение, рекомендации
	<div>ФИО</div> <div>_____</div> <div>_____</div> <div>_____</div> <div>Возраст</div> <div>_____</div> <div>Первичный</div> <div>Повторный</div>	<p><b>Жалоб на момент осмотра не предъявляет</b>, явился с целью профилактического осмотра.</p> <p><b>Направлен</b> к гигиенисту стоматологическому от _____</p> <p>с _____ целью _____</p> <p><b>Жалобы на:</b>  <b>1. Боли/дискомфорт</b> _____          _____          _____          _____</p> <p><b>2. Кровоточивость десен</b> в области _____          зубов _____          _____ челюсти</p> <p><b>3. Пятна</b> _____ цвета в области _____          _____ зубов _____          _____ челюсти</p> <p><b>4. Чувствительность</b> в области _____          _____ зубов _____          _____ челюсти</p> <p><b>5. Наличие пигментированного налета</b> в _____</p>	<p><b>Внешний осмотр:</b>          _____          _____          _____</p> <p><b>Осмотр преддверия полости рта:</b>          _____          _____          _____</p> <p>Уздечки губ: _____</p> <p><b>Осмотр полости рта:</b>          Язык: _____          _____          _____          _____</p> <p>Уздечка языка _____</p> <p><b>Прикус:</b> _____          _____          _____</p> <p><b>ЗЧА:</b> _____          _____          _____</p> <p><b>Брекет-система:</b> _____</p>	<p><b>Зубные отложения</b> минерализованные неминерализованные наддесневые поддесневые (Код МКБ _____)</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____ <b>гингивит</b> (Код МКБ _____)</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____ <b>пародонтит</b> (Код МКБ _____)</p> <p><b>Начальный кариес</b></p>	<p><u><b>Лечение:</b></u>  <b>1. Профессиональная гигиена полости рта:</b>          Под _____ анестезией _____ (название анестетика) произведено удаление:          - минерализованных зубных отложений в области _____ зубов с помощью аппарата _____          - неминерализованных зубных отложений в области _____ зубов с помощью _____ (название пасты, щеток и чашек / аппарата для воздушно-абразивного метода и порошка)          Произведено вложение _____ (препарат) в пародонтальные карманы в области _____ зубов на _____ минут.</p> <p><b>2. Герметизация фиссур:</b>          - используемый метод герметизации: _____          - используемый материал: _____</p> <p><b>3. Реминерализующая терапия:</b>          - произведена аппликация _____ (препарат) в форме _____ на _____          _____          _____ зубы в течение _____ минут.          - произведено глубокое фторирование _____          _____ зубов</p>

		<p>области _____ зубов _____ челюсти _____</p> <p><b>6.Изменение цвета</b> в области _____</p> <p>зубов _____ челюсти _____</p> <p><b>Период появления жалоб:</b> _____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p><b>С чем пациент связывает возникновение жалоб</b> (факторы _____ и условия) _____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p><b>Анамнез жизни:</b> Наличие, _____ тяжесть _____ и продолжительность общесоматических заболеваний _____</p> <p>_____</p> <p>Наличие _____ вредных привычек _____</p> <p>_____</p> <p>Периодичность посещения стоматолога _____</p> <p>Используемая _____ зубная щетка _____</p> <p>_____</p>	<p>_____</p> <p><b>Имплантаты:</b> _____</p> <p><b>Ортопедические конструкции:</b> _____</p> <p><b>Подвижность зубов (степень):</b> _____</p> <p>_____</p> <p><b>Перкуссия:</b> _____</p> <p>_____</p> <p><b>Термопробы:</b> _____</p> <p>_____</p> <p><b>Состояние десны:</b> _____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p><b>Локальное проявление основного заболевания:</b> _____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p><b>Результаты дополнительных методов исследования:</b> Рентгенография _____</p>	<p>_____ зу _____ бов (Код МКБ _____)</p> <p><b>Гиперестезия</b> _____ зубов (Код МКБ _____)</p> <p><b>Наличие фиссур, требующих герметизации:</b> открытые закрытые пигментированные не пигментированные</p>	<p>препаратом _____</p> <p><b><u>Рекомендации:</u></b> Кратность профилактических осмотров: _____ в год</p> <p><b>Зубная щетка:</b> Жесткость щетины: _____</p> <p>Дополнительные особенности щетки: _____</p> <p>3 варианта щетки (название):</p> <p>1. _____</p> <p>2. _____</p> <p>3. _____</p> <p><b>Дополнительные предметы гигиены</b> (название):</p> <p>1. _____</p> <p>2. _____</p> <p>3. _____</p> <p><b>Зубная паста:</b> Вид/назначение: _____</p> <p>_____</p> <p>Действующие вещества _____</p> <p>PPM _____ (для _____ фторсодержащих паст) _____</p> <p>RDA _____</p> <p>3 варианта пасты (название):</p> <p>1. _____</p> <p>2. _____</p> <p>3. _____</p> <p><b>Дополнительные средства гигиены:</b></p> <p>1. _____</p>
--	--	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------



	<p>Используемая зубная паста _____</p> <p>Используемые дополнительные предметы и средства гигиены _____</p> <p>Кратность замены зубной щетки _____ раз в год</p> <p><b>Семейный анамнез:</b> _____</p> <p><b>Аллергологический анамнез:</b> _____</p> <p><b>Анамнез заболевания:</b> Ранее проведенное лечение по данному заболеванию _____</p> <p>Эффективность лечения _____</p>	<p>Витальное окрашивание _____</p> <p>ЭОД _____</p> <p>Другое _____</p> <p>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</p> <p>55 54 53 52 51   61 62 63 64 65 85 84 83 82 81   71 72 73 74 75</p> <p>КПУ= _____ (_____ интенсивность) КПУ+кп= _____ (_____ интенс-ть) кп= _____ (_____ интенсивность)</p> <p>РМА= _____ (_____ степень)</p> <p>Индекс Федорова-Володкиной= _____ (_____ гигиена) Индекс ОHI-S = _____ (_____ гигиена)</p>	<p>2. _____</p> <p>3. _____</p> <p><b>Метод чистки зубов:</b> _____</p> <p><b>Консультация профильного специалиста:</b> _____</p> <p><b>Рекомендации после проведенных процедур:</b> _____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
--	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------



		<p>области _____ зубов _____ челюсти _____</p> <p><b>6.Изменение цвета</b> в области _____</p> <p>зубов _____ челюсти _____</p> <p><b>Период появления жалоб:</b> _____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p><b>С чем пациент связывает возникновение жалоб</b> (факторы _____ и условия) _____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p><b>Анамнез жизни:</b> Наличие, _____ тяжесть _____ и продолжительность общесоматических заболеваний _____</p> <p>_____</p> <p>Наличие _____ вредных привычек _____</p> <p>_____</p> <p>Периодичность посещения стоматолога _____</p> <p>Используемая _____ зубная щетка _____</p>	<p>_____</p> <p><b>Имплантаты:</b> _____</p> <p><b>Ортопедические конструкции:</b> _____</p> <p><b>Подвижность зубов (степень):</b> _____</p> <p>_____</p> <p><b>Перкуссия:</b> _____</p> <p>_____</p> <p><b>Термопробы:</b> _____</p> <p>_____</p> <p><b>Состояние десны:</b> _____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p><b>Локальное проявление основного заболевания:</b> _____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p><b>Результаты дополнительных методов исследования:</b> Рентгенография _____</p>	<p>_____ зу _____ бов (Код МКБ _____)</p> <p><b>Гиперестезия</b> _____ зубов (Код МКБ _____)</p> <p><b>Наличие фиссур, требующих герметизации:</b> открытые закрытые пигментированные не пигментированные</p>	<p>препаратом _____</p> <p><b><u>Рекомендации:</u></b> Кратность профилактических осмотров: _____ в год</p> <p><b>Зубная щетка:</b> Жесткость щетины: _____</p> <p>Дополнительные особенности щетки: _____</p> <p>3 варианта щетки (название):</p> <p>1. _____</p> <p>2. _____</p> <p>3. _____</p> <p><b>Дополнительные предметы гигиены</b> (название):</p> <p>1. _____</p> <p>2. _____</p> <p>3. _____</p> <p><b>Зубная паста:</b> Вид/назначение: _____</p> <p>_____</p> <p>Действующие вещества _____</p> <p>PPM _____ (для _____ фторсодержащих паст) _____</p> <p>RDA _____</p> <p>3 варианта пасты (название):</p> <p>1. _____</p> <p>2. _____</p> <p>3. _____</p> <p><b>Дополнительные средства гигиены:</b></p> <p>1. _____</p>
--	--	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

	<div><div></div><div>Используемая зубная паста</div><div></div><div></div><div>Используемые дополнительные предметы и средства гигиены</div><div></div><div></div><div>Кратность замены зубной щетки раз в год</div><div>Семейный анамнез:</div><div></div><div></div><div>Аллергологический анамнез:</div><div></div><div></div><div>Анамнез заболевания:</div><div>Ранее проведенное лечение по данному заболеванию</div><div></div><div></div><div></div><div>Эффективность лечения</div><div></div><div></div><div></div></div>	<div><div></div><div>Витальное окрашивание</div><div></div><div>ЭОД</div><div></div><div>Другое</div><div></div><div></div><div></div><div>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</div><div></div><div>55 54 53 52 51   61 62 63 64 65 85 84 83 82 81   71 72 73 74 75</div><div></div><div>КПУ= (интенсивность)</div><div>КПУ+кп= (интенс-ть)</div><div>кп= (интенсивность)</div><div></div><div>РМА= (степень)</div><div></div><div>Индекс Федорова-Володкиной= (гигиена)</div><div>Индекс ОHI-S = (гигиена)</div><div></div></div>	<div><div></div><div>2.</div><div></div><div>3.</div><div></div><div>Метод чистки зубов:</div><div>Консультация профильного специалиста:</div><div></div><div>Рекомендации после проведенных процедур:</div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div></div>
--	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Дата: \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

№	Ф.И.О. пациента, возраст первичный или повт.	Опрос	Данные объективного исследования	Диагноз	Проведенное лечение, рекомендации
	<div>ФИО</div> <div>_____</div> <div>_____</div> <div>_____</div> <div>Возраст</div> <div>_____</div> <div>Первичный</div> <div>Повторный</div>	<p><b>Жалоб на момент осмотра не предъявляет</b>, явился с целью профилактического осмотра.</p> <p><b>Направлен</b> к гигиенисту стоматологическому от _____</p> <p>с _____ целью _____</p> <p><b>Жалобы на:</b>  <b>1. Боли/дискомфорт</b> _____          _____          _____          _____</p> <p><b>2. Кровоточивость десен</b> в области _____          зубов _____          _____ челюсти</p> <p><b>3. Пятна</b> _____ цвета в области _____          _____ зубов _____          _____ челюсти</p> <p><b>4. Чувствительность</b> в области _____          _____ зубов _____          _____ челюсти</p> <p><b>5. Наличие пигментированного налета</b> в _____</p>	<p><b>Внешний осмотр:</b>          _____          _____          _____</p> <p><b>Осмотр преддверия полости рта:</b>          _____          _____          _____</p> <p>Уздечки губ: _____</p> <p><b>Осмотр полости рта:</b>          Язык: _____          _____          _____          _____</p> <p>Уздечка языка _____</p> <p><b>Прикус:</b> _____          _____          _____</p> <p><b>ЗЧА:</b> _____          _____          _____</p> <p><b>Брекет-система:</b> _____</p>	<p><b>Зубные отложения</b> минерализованные неминерализованные наддесневые поддесневые (Код МКБ _____)</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____ <b>гинг</b></p> <p><b>ивит</b> (Код МКБ _____)</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____ <b>пародо</b></p> <p><b>нтит</b> (Код МКБ _____)</p> <p>_____</p> <p><b>Начальный кариес</b></p>	<p><u><b>Лечение:</b></u>  <b>1. Профессиональная гигиена полости рта:</b>          Под _____ анестезией _____ (название анестетика) произведено удаление:          - минерализованных зубных отложений в области _____ зубов с помощью аппарата _____          - неминерализованных зубных отложений в области _____ зубов с помощью _____          _____ (название пасты, щеток и чашек / аппарата для воздушно-абразивного метода и порошка)          Произведено вложение _____ (препарат) в пародонтальные карманы в области _____ зубов на _____ минут.</p> <p><b>2. Герметизация фиссур:</b>          - используемый метод герметизации: _____          - используемый материал: _____</p> <p><b>3. Реминерализующая терапия:</b>          - произведена аппликация _____ (препарат) в форме _____ на _____          _____          _____          _____ зубы в течение _____ минут.          - произведено глубокое фторирование _____          _____ зубов</p>

		<p>области _____ зубов _____ челюсти _____</p> <p><b>6.Изменение цвета</b> в области _____</p> <p>зубов _____ челюсти _____</p> <p><b>Период появления жалоб:</b> _____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p><b>С чем пациент связывает возникновение жалоб</b> (факторы _____ и условия) _____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p><b>Анамнез жизни:</b> Наличие, _____ тяжесть _____ и продолжительность общесоматических заболеваний _____</p> <p>_____</p> <p>Наличие _____ вредных привычек _____</p> <p>_____</p> <p>Периодичность посещения стоматолога _____</p> <p>Используемая _____ зубная щетка _____</p> <p>_____</p>	<p>_____</p> <p><b>Имплантаты:</b> _____</p> <p><b>Ортопедические конструкции:</b> _____</p> <p><b>Подвижность зубов (степень):</b> _____</p> <p>_____</p> <p><b>Перкуссия:</b> _____</p> <p>_____</p> <p><b>Термопробы:</b> _____</p> <p>_____</p> <p><b>Состояние десны:</b> _____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p><b>Локальное проявление основного заболевания:</b> _____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p><b>Результаты дополнительных методов исследования:</b> Рентгенография _____</p>	<p>_____ зу _____ бов (Код МКБ _____)</p> <p><b>Гиперестезия</b> _____ зубов (Код МКБ _____)</p> <p><b>Наличие фиссур, требующих герметизации:</b> открытые закрытые пигментированные не пигментированные</p>	<p>препаратом _____</p> <p><b><u>Рекомендации:</u></b> Кратность профилактических осмотров: _____ в год</p> <p><b>Зубная щетка:</b> Жесткость щетины: _____</p> <p>Дополнительные особенности щетки: _____</p> <p>3 варианта щетки (название):</p> <p>1. _____</p> <p>2. _____</p> <p>3. _____</p> <p><b>Дополнительные предметы гигиены</b> (название):</p> <p>1. _____</p> <p>2. _____</p> <p>3. _____</p> <p><b>Зубная паста:</b> Вид/назначение: _____</p> <p>_____</p> <p>Действующие вещества _____</p> <p>PPM _____ (для _____ фторсодержащих паст) _____</p> <p>RDA _____</p> <p>3 варианта пасты (название):</p> <p>1. _____</p> <p>2. _____</p> <p>3. _____</p> <p><b>Дополнительные средства гигиены:</b></p> <p>1. _____</p>
--	--	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

	<p>Используемая зубная паста _____</p> <p>Используемые дополнительные предметы и средства гигиены _____</p> <p>Кратность замены зубной щетки _____ раз в год</p> <p><b>Семейный анамнез:</b> _____</p> <p><b>Аллергологический анамнез:</b> _____</p> <p><b>Анамнез заболевания:</b> Ранее проведенное лечение по данному заболеванию _____</p> <p>Эффективность лечения _____</p>	<p>Витальное окрашивание _____</p> <p>ЭОД _____</p> <p>Другое _____</p> <p>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</p> <p>55 54 53 52 51   61 62 63 64 65 85 84 83 82 81   71 72 73 74 75</p> <p>КПУ= _____ (_____ интенсивность) КПУ+кп= _____ (_____ интенс-ть) кп= _____ (_____ интенсивность)</p> <p>РМА= _____ (_____ степень)</p> <p>Индекс Федорова-Володкиной= _____ (_____ гигиена) Индекс ОHI-S = _____ (_____ гигиена)</p>	<p>2. _____</p> <p>3. _____</p> <p><b>Метод чистки зубов:</b> _____</p> <p><b>Консультация профильного специалиста:</b> _____</p> <p><b>Рекомендации после проведенных процедур:</b> _____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
--	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------





		<p>области _____ зубов _____ челюсти _____</p> <p><b>6.Изменение цвета</b> в области _____</p> <p>зубов _____ челюсти _____</p> <p><b>Период появления жалоб:</b> _____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p><b>С чем пациент связывает возникновение жалоб</b> (факторы _____ и условия) _____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p><b>Анамнез жизни:</b> Наличие, _____ тяжесть _____ и продолжительность общесоматических заболеваний _____</p> <p>_____</p> <p>Наличие _____ вредных привычек _____</p> <p>_____</p> <p>Периодичность посещения стоматолога _____</p> <p>Используемая _____ зубная щетка _____</p> <p>_____</p>	<p>_____</p> <p><b>Имплантаты:</b> _____</p> <p><b>Ортопедические конструкции:</b> _____</p> <p><b>Подвижность зубов (степень):</b> _____</p> <p>_____</p> <p><b>Перкуссия:</b> _____</p> <p>_____</p> <p><b>Термопробы:</b> _____</p> <p>_____</p> <p><b>Состояние десны:</b> _____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p><b>Локальное проявление основного заболевания:</b> _____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p><b>Результаты дополнительных методов исследования:</b> Рентгенография _____</p>	<p>_____ зу _____ бов (Код МКБ _____)</p> <p><b>Гиперестезия</b> _____ зубов (Код МКБ _____)</p> <p><b>Наличие фиссур, требующих герметизации:</b> открытые закрытые пигментированные не пигментированные</p>	<p>препаратом _____</p> <p><b><u>Рекомендации:</u></b> Кратность профилактических осмотров: _____ в год</p> <p><b>Зубная щетка:</b> Жесткость щетины: _____</p> <p>Дополнительные особенности щетки: _____</p> <p>3 варианта щетки (название):</p> <p>1. _____</p> <p>2. _____</p> <p>3. _____</p> <p><b>Дополнительные предметы гигиены</b> (название):</p> <p>1. _____</p> <p>2. _____</p> <p>3. _____</p> <p><b>Зубная паста:</b> Вид/назначение: _____</p> <p>_____</p> <p>Действующие вещества _____</p> <p>PPM _____ (для _____ фторсодержащих паст) _____</p> <p>RDA _____</p> <p>3 варианта пасты (название):</p> <p>1. _____</p> <p>2. _____</p> <p>3. _____</p> <p><b>Дополнительные средства гигиены:</b></p> <p>1. _____</p>
--	--	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

	<p>Используемая зубная паста _____</p> <p>Используемые дополнительные предметы и средства гигиены _____</p> <p>Кратность замены зубной щетки _____ раз в год</p> <p><b>Семейный анамнез:</b> _____</p> <p><b>Аллергологический анамнез:</b> _____</p> <p><b>Анамнез заболевания:</b> Ранее проведенное лечение по данному заболеванию _____</p> <p>Эффективность лечения _____</p>	<p>Витальное окрашивание _____</p> <p>ЭОД _____</p> <p>Другое _____</p> <p>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</p> <p>55 54 53 52 51   61 62 63 64 65 85 84 83 82 81   71 72 73 74 75</p> <p>КПУ= _____ (_____ интенсивность) КПУ+кп= _____ (_____ интенс-ть) кп= _____ (_____ интенсивность)</p> <p>РМА= _____ (_____ степень)</p> <p>Индекс Федорова-Володкиной= _____ (_____ гигиена) Индекс ОHI-S = _____ (_____ гигиена)</p>	<p>2. _____</p> <p>3. _____</p> <p><b>Метод чистки зубов:</b> _____</p> <p><b>Консультация профильного специалиста:</b> _____</p> <p><b>Рекомендации после проведенных процедур:</b> _____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
--	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Дата: \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

№	Ф.И.О. пациента, возраст первичный или повт.	Опрос	Данные объективного исследования	Диагноз	Проведенное лечение, рекомендации
	<div>ФИО</div> <div>_____</div> <div>_____</div> <div>_____</div> <div>Возраст</div> <div>_____</div> <div>Первичный</div> <div>Повторный</div>	<p><b>Жалоб на момент осмотра не предъявляет</b>, явился с целью профилактического осмотра.</p> <p><b>Направлен</b> к гигиенисту стоматологическому от _____</p> <p>с _____ целью _____</p> <p><b>Жалобы на:</b>  <b>1. Боли/дискомфорт</b> _____          _____          _____          _____</p> <p><b>2. Кровоточивость десен</b> в области _____          зубов _____          _____ челюсти</p> <p><b>3. Пятна</b> _____ цвета в области _____          _____ зубов _____          _____ челюсти</p> <p><b>4. Чувствительность</b> в области _____          _____ зубов _____          _____ челюсти</p> <p><b>5. Наличие пигментированного налета</b> в _____</p>	<p><b>Внешний осмотр:</b>          _____          _____          _____</p> <p><b>Осмотр преддверия полости рта:</b>          _____          _____          _____</p> <p>Уздечки губ: _____</p> <p><b>Осмотр полости рта:</b>          Язык: _____          _____          _____          _____</p> <p>Уздечка языка _____</p> <p><b>Прикус:</b> _____          _____          _____</p> <p><b>ЗЧА:</b> _____          _____          _____</p> <p><b>Брекет-система:</b> _____</p>	<p><b>Зубные отложения</b> минерализованные неминерализованные наддесневые поддесневые (Код МКБ _____)</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____ <b>гинг</b></p> <p><b>ивит</b> (Код МКБ _____)</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____ <b>пародо</b></p> <p><b>нтит</b> (Код МКБ _____)</p> <p>_____</p> <p><b>Начальный кариес</b></p>	<p><u><b>Лечение:</b></u>  <b>1. Профессиональная гигиена полости рта:</b>          Под _____ анестезией _____ (название анестетика) произведено удаление:          - минерализованных зубных отложений в области _____ зубов с помощью аппарата _____          - неминерализованных зубных отложений в области _____ зубов с помощью _____          _____ (название пасты, щеток и чашек / аппарата для воздушно-абразивного метода и порошка)          Произведено вложение _____ (препарат) в пародонтальные карманы в области _____ зубов на _____ минут.</p> <p><b>2. Герметизация фиссур:</b>          - используемый метод герметизации: _____          - используемый материал: _____</p> <p><b>3. Реминерализующая терапия:</b>          - произведена аппликация _____ (препарат) в форме _____ на _____          _____ зубы в течение _____ минут.          - произведено глубокое фторирование _____          _____ зубов</p>

	<div>области _____ зубов _____ челюсти</div> <div>6.Изменение цвета в области _____ зубов _____ челюсти</div> <div>Период появления жалоб: _____ _____ _____ _____</div> <div>С чем пациент связывает возникновение жалоб (факторы и условия) _____ _____ _____</div> <div>Анамнез жизни: Наличие, _____ тяжесть _____ и продолжительность общесоматических заболеваний _____ _____ _____</div> <div>Наличие _____ вредных привычек _____ _____ _____</div> <div>Периодичность посещения стоматолога _____ _____</div> <div>Используемая _____ зубная щетка _____ _____</div>	<div>_____</div> <div>Имплантаты: _____ Ортопедические конструкции: _____</div> <div>Подвижность зубов (степень): _____ _____ _____</div> <div>Перкуссия: _____ _____ _____</div> <div>Термопробы: _____ _____ _____</div> <div>Состояние десны: _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____</div> <div>Локальное проявление основного заболевания: _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____</div> <div>Результаты _____ дополнительных методов исследования: Рентгенография _____</div>	<div>_____ зу бов (Код МКБ _____)</div> <div>Гиперестезия _____ зу бов (Код МКБ _____)</div> <div>Наличие фиссур, требующих герметизации: открытые закрытые пигментированн ые непигментирова нные</div>	<div>препаратом _____</div> <div><u>Рекомендации:</u> Кратность профилактических осмотров: _____ в год</div> <div>Зубная щетка: Жесткость щетины: _____ Дополнительные особенности щетки: _____ _____</div> <div>3 варианта щетки (название): 1. _____ 2. _____ 3. _____</div> <div>Дополнительные предметы гигиены (название): 1. _____ 2. _____ 3. _____</div> <div>Зубная паста: Вид/назначение: _____ _____ _____</div> <div>Действующие вещества _____ _____ PPM _____ (для _____ фторсодержащих паст) _____ RDA _____</div> <div>3 варианта пасты (название): 1. _____ 2. _____ 3. _____</div> <div>Дополнительные средства гигиены: 1. _____</div>
--	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

	<div><div></div><div>Используемая зубная паста</div><div></div><div></div><div>Используемые дополнительные предметы и средства гигиены</div><div></div><div></div><div>Кратность замены зубной щетки раз в год</div><div>Семейный анамнез:</div><div></div><div></div><div>Аллергологический анамнез:</div><div></div><div></div><div>Анамнез заболевания:</div><div>Ранее проведенное лечение по данному заболеванию</div><div></div><div></div><div></div><div>Эффективность лечения</div><div></div><div></div></div>	<div><div></div><div>Витальное окрашивание</div><div></div><div>ЭОД</div><div></div><div>Другое</div><div></div><div></div><div></div><div>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</div><div></div><div>55 54 53 52 51   61 62 63 64 65 85 84 83 82 81   71 72 73 74 75</div><div></div><div>КПУ= (интенсивность)</div><div>КПУ+кп= (интенс-ть)</div><div>кп= (интенсивность)</div><div></div><div>РМА= (степень)</div><div></div><div>Индекс Федорова-Володкиной= (гигиена)</div><div>Индекс ОHI-S = (гигиена)</div></div>	<div><div></div><div>2.</div><div></div><div>3.</div><div></div><div>Метод чистки зубов:</div><div>Консультация профильного специалиста:</div><div></div><div>Рекомендации после проведенных процедур:</div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div></div>
--	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Дата: \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

№	Ф.И.О. пациента, возраст первичный или повт.	Опрос	Данные объективного исследования	Диагноз	Проведенное лечение, рекомендации
	<div>ФИО</div> <div>_____</div> <div>_____</div> <div>_____</div> <div>Возраст</div> <div>_____</div> <div>Первичный</div> <div>Повторный</div>	<p><b>Жалоб на момент осмотра не предъявляет</b>, явился с целью профилактического осмотра.</p> <p><b>Направлен</b> к гигиенисту стоматологическому от _____</p> <p>с _____ целью _____</p> <p><b>Жалобы на:</b>  <b>1.Боли/дискомфорт</b> _____          _____          _____          _____  <b>2.Кровоточивость</b> десен в области _____          зубов _____          _____ челюсти  <b>3.Пятна</b> _____ цвета в области _____          _____ зубов _____          _____ челюсти  <b>4.Чувствительность</b> в области _____          _____ зубов _____          _____ челюсти  <b>5.Наличие</b></p>	<p><b>Внешний осмотр:</b>          _____          _____          _____  <b>Осмотр преддверия полости рта:</b>          _____          _____          _____          Уздечки губ: _____          _____  <b>Осмотр полости рта:</b>          Язык: _____          _____          _____          _____          _____          Уздечка языка _____          _____  <b>Прикус:</b> _____          _____          _____  <b>ЗЧА:</b> _____          _____          _____  <b>Брекет-система:</b></p>	<p><b>Зубные отложения</b>          минерализованные          неминерализованные          наддесневые          поддесневые          (Код МКБ _____)          _____          _____          _____          _____  <b>гингивит</b>          (Код МКБ _____)          _____          _____          _____  <b>пародонтит</b>          (Код МКБ _____)          _____  <b>Начальный кариес</b></p>	<p><u><b>Лечение:</b></u>  <b>1. Профессиональная гигиена полости рта:</b>          Под _____ анестезией _____ (название анестетика) произведено удаление:          - минерализованных зубных отложений в области _____ зубов с помощью аппарата _____          - неминерализованных зубных отложений в области _____ зубов с помощью _____          _____ (название пасты, щеток и чашек / аппарата для воздушно-абразивного метода и порошка)          Произведено вложение _____ (препарат) в пародонтальные карманы в области _____ зубов на _____ минут.  <b>2. Герметизация фиссур:</b>          - используемый метод герметизации: _____          - используемый материал: _____  <b>3. Реминерализующая терапия:</b>          - произведена аппликация _____ (препарат) в форме _____ на _____          _____ зубы в течение _____ минут.          - произведено глубокое фторирование _____</p>



		<p>_____</p> <p>_____</p> <p>Используемая _____ зубная паста _____</p> <p>_____</p> <p>Используемые дополнительные предметы и средства гигиены _____</p> <p>_____</p> <p>Кратность замены зубной щетки _____ раз в год</p> <p><b>Семейный анамнез:</b> _____</p> <p>_____</p> <p><b>Аллергологический анамнез:</b> _____</p> <p>_____</p> <p><b>Анамнез заболевания:</b></p> <p>Ранее проведенное лечение по данному заболеванию _____</p> <p>_____</p> <p>Эффективность лечения _____</p> <p>_____</p> <p>—</p>	<p>Рентгенография _____</p> <p>_____</p> <p>Витальное окрашивание _____</p> <p>_____</p> <p>ЭОД _____</p> <p>_____</p> <p>Другое _____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>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</p> <p>_____</p> <p>55 54 53 52 51   61 62 63 64 65 85 84 83 82 81   71 72 73 74 75</p> <p>КПУ= _____ (_____ интенсивность)</p> <p>КПУ+кп= _____ (_____ интенс-ть)</p> <p>кп= _____ (_____ интенсивность)</p> <p>РМА= _____ (_____ степень)</p> <p>Индекс Федорова-Володкиной= _____ (_____ гигиена)</p> <p>Индекс ОНІ-S = _____ (_____ гигиена)</p>	<p>1. _____</p> <p>_____</p> <p>2. _____</p> <p>_____</p> <p>3. _____</p> <p>_____</p> <p><b>Метод чистки зубов:</b> _____</p> <p><b>Консультация профильного специалиста:</b> _____</p> <p>_____</p> <p><b>Рекомендации после проведенных процедур:</b> _____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
--	--	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------



## СВОДНЫЙ ОТЧЕТ О ПРОВЕДЕННОЙ РАБОТЕ

Работа в \_\_\_\_\_ отделении

№	Виды выполненной работы (манипуляций)	Количество	
		реком.	факт.
1.	Принято/осмотрено всего пациентов	20	
	Из них первичных	10	
2.	Среднее значение индекса у принятых пациентов		
3.	Принято пациентов с гингивитом		
4.	Принято пациентов с пародонтитом		
5.	Принято пациентов с начальным кариесом		
6.	Принято пациентов с гиперестезией		
7.	Общее количество проведенных профессиональных гигиен полости рта	5	
	Из них ручным способом		
	Из них аппаратным способом		
8.	Количество загерметизированных фиссур	2	
	Из них инвазивным способом		
	Из них неинвазивным способом		
9.	Количество проведенных курсов реминерализующей терапии	5	
	Из них с использованием лаков		
	Из них с использованием гелей		
	Из них с использованием пенкок		
	Из них с использованием эмаль-герметизирующего ликвида		
10.	Из них с использованием растворов		
11.	Количество проведенных индивидуальных уроков гигиены полости рта с контролируемой чисткой зубов	10	
12.	Количество проведенных "уроков здоровья" в организованных детских и взрослых коллективах	1	
13.	Количество разработанных материалов по стоматологическому просвещению	1	

## САНИТАРНО-ПРОСВЕТИТЕЛЬСКАЯ РАБОТА

### ПРИМЕРНАЯ ТЕМАТИКА БЕСЕД И ЛЕКЦИЙ

#### 1. Для беременных женщин

- Роль состояния органов и тканей полости рта в сохранении общего здоровья женщины и ребенка.
- Состояние полости рта, гигиены в период беременности.
- Роль санации полости рта в сохранении здоровья матери и новорожденного.
- Рациональное питание беременных.
- Что необходимо знать об особенностях полости рта новорожденного.

#### 2. Для кормящих матерей

- Гигиенический уход за полостью рта новорожденного.
- Влияние приемов искусственного вскармливания на развитие зубочелюстной системы у ребенка.
- Роль рационального питания детей грудного возраста в предупреждении стоматологических заболеваний.

#### 3. Для родителей дошкольников и школьников

- Роль зубов в сохранении здоровья ребенка.
- Что такое кариес зубов и его влияние на организм ребенка.
- Что необходимо знать о причинах кариеса зубов.
- Влияние питания на состояние зубов.
- Как правильно чистить зубы.
- Почему необходимо лечить временные зубы.
- Как предупредить рост кривых зубов.

#### 4. Беседы для младших дошкольников

- Почему надо чистить зубы.
- Почему надо кушать больше яблок и меньше конфет.
- Почему надо лечить зубы.

#### 5. Для дошкольников среднего и старшего возраста

- У кого зубы здоровые.
- Как ухаживать за зубами.
- Что такое хорошо и что такое плохо (о рациональном питании и зубах).
- Почему этого нельзя (о роли вредных привычек в развитии ортодонтической патологии).

#### 6. Для младших школьников

- Зачем человеку зубы.
- Почему надо вовремя лечить зубы.
- Как чистить зубы.
- Сладости и зубы.
- Что такое вредные привычки.

#### 7. Для школьников среднего и старшего возраста

- Что надо знать о стоматологических заболеваниях.
- О микробах полости рта.
- Как надо правильно питаться.
- Правильно ли мы чистим зубы.
- Отчего на зубах бывает налет.
- Зубная щетка и зубная паста.
- О вреде курения.
- Алкоголь и здоровье.
- Здоровье, красота и спорт.
- В человеке все должно быть прекрасно

#### 8. Для мед.работников, педагогов и воспитателей

- Понятие о развитии зубов. Особенности строения полости рта у детей.
- Основные стоматологические заболевания у детей. Способы их предупреждения.
- Роль питания в развитии стоматологических заболеваний.
- Принципы профилактики кариеса зубов.
- Вредные привычки, их предупреждение у детей.
- Значение своевременного лечения заболеваний полости рта у детей.
- Основные принципы миогимнастики у детей.
- Как проводить уроки гигиены. Медико-педагогическое убеждение детей.

Дата	Наименование лекции, беседы, санбюллетеня

## **УЧЕБНО-ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКАЯ РАБОТА**

(характер выполненной работы, участие в конференциях, реферат по актуальной теме)

### **ПРИМЕРНАЯ ТЕМАТИКА УЧЕБНО-ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКОЙ РАБОТЫ:**

1. Провести сравнительную характеристику гигиены полости рта (по индексам гигиены) дошкольников.
2. Провести сравнительную характеристику гигиены полости рта (по индексам гигиены) школьников (1-4 класс).
3. Провести сравнительную характеристику гигиены полости рта (по индексам гигиены) школьников (5-8 класс).
4. Провести сравнительную характеристику гигиены полости рта (по индексам гигиены) школьников (9-11 класс).
5. Провести сравнительную характеристику гигиены полости рта (по индексам гигиены) беременных.
6. Изучить уровень информированности населения о средствах и методах гигиены (анкетирование).
7. Изучить уровень гигиенического состояния зубных протезов у старшей возрастной группы.
8. Изучить уровень гигиенического состояния полости рта перед хирургическими манипуляциями в полости рта (операция удаления зуба).
9. Изучить уровень грамотности населения о здоровом образе жизни (анкетирование).
10. Провести сравнительный анализ заболеваний пародонта у населения различных возрастных групп (18-25 лет, 34-45 лет, 64 года и старше).

## **ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ СТУДЕНТА**

Подпись руководителя практики \_\_\_\_\_

Печать ЛПУ

## ПРИМЕР ВЕДЕНИЯ ДНЕВНИКА

Дата: \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

№	Ф.И.О. больного, возраст первичный или повт.	Опрос	Данные объективного исследования	Диагноз	Проведенное лечение, рекомендации
	ФИО <i>Иванов</i> <i>Иван</i> <i>Иванович</i> Возраст <i>20 лет</i> <i>Первичный</i> Повторный	<p><b>Жалоб на момент осмотра не предъявляет</b>, явился с целью профилактического осмотра.</p> <p><b>Направлен</b> к гигиенисту стоматологическому <i>от врача-ортодонта</i> с целью проведения профессиональной гигиены как этапа подготовки к последующему ортодонтическому лечению.</p> <p><b>Жалобы на:</b>  <b>1.Боли/дискомфорт:</b> _____            _____            _____</p> <p><b>2.Кровоточивость</b> десен в области _____ зубов _____ челюсти</p> <p><b>3.Пятна</b> _____ цвета в области _____ зубов _____ челюсти</p> <p><b>4.Чувствительность</b> в области _____ зубов _____ челюсти</p> <p><b>5.Наличие пигментированного налета</b> в области <i>всех групп</i> зубов верхней и нижней челюсти</p> <p><b>6.Изменение цвета</b> в области _____ зубов _____ челюсти</p> <p><b>Период появления жалоб:</b> _____            _____            _____</p> <p><b>С чем пациент связывает</b></p>	<p><b>Внешний осмотр:</b> <i>лицо без видимой асимметрии, кожный покров нормальной окраски, без элементов поражения.</i></p> <p><b>Осмотр преддверия полости рта:</b> <i>слизистая оболочка бледно-розового цвета, умеренно увлажнена, без элементов поражения.</i></p> <p><b>Осмотр полости рта:</b>            Язык: <i>на спинке языка, ближе к корню, имеется бело-желтый налет.</i>            Уздечки губ и языка: <i>в норме</i>  <b>Прикус:</b> <i>физиологический/ортогнатический</i>  <b>ЗЧА:</b> -----  <b>Брекеты-система:</b> -----  <b>Имплантаты:</b> -----  <b>Ортопедические конструкции:</b> ----  <b>Подвижность зубов (степень):</b> -----  <b>Перкуссия:</b> <i>отрицательна</i>  <b>Термопробы:</b> <i>отрицательны</i>  <b>Состояние десны:</b> <i>бледно-розового цвета, увлажнена, без элементов поражения, кровоточивость при зондировании отсутствует.</i></p> <p><b>Локальное проявление основного заболевания:</b> <i>на вестибулярных и оральных поверхностях всех зубов имеется плотный налет черного-коричневого цвета. Преимущественно он локализуется на оральных поверхностях фронтальной группы зубов верхней и нижней челюстей.</i></p> <p><b>Результаты дополнительных методов исследования:</b>            Рентгенография-----            Витальное окрашивание-----            ЭОД-----            Другое _____            _____            _____</p> <p>ОП _____ С О            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            О С П _____ С С О</p>	<p><b>Зубные отложения</b>            минерализованные <u>неминерализованные</u>  <u>наддесневые</u>            поддесневые            (Код МКБК03.6)</p>	<p><u><b>Лечение:</b></u>  <b>1. Профессиональная гигиена полости рта:</b>            Под аппликационной анестезией 10% геля лидокаина (название анестетика) произведено удаление:            - минерализованных зубных отложений в области _____ зубов с помощью аппарата _____            - неминерализованных зубных отложений в области <i>всех</i> зубов с помощью аппарата <i>Air-Flow (EMS)</i> в сочетании с порошком <i>Air-FlowPlus (EMS)</i> (название пасты, щеток и чашек / аппарата для воздушно-абразивного метода и порошка)            Произведено вложение _____ (препарат) в пародонтальные карманы в области _____ зубов на _____ минут.</p> <p><b>2. Герметизация фиссур:</b>            - используемый метод герметизации: _____            - используемый материал: _____</p> <p><b>3. Реминерализующая терапия:</b>            - произведена аппликация <i>Bifluorid 12 (Voco)</i> (препарат) в форме лака на 3.1, 3.2, 3.3, 4.1, 4.2 и 4.3 зубы в течение 5 минут.            - произведено _____ глубокое фторирование _____ зубов препаратом _____</p> <p><u><b>Рекомендации:</b></u>            Кратность профилактических осмотров: <i>не менее 2 раз в год</i>  <b>Зубная щетка:</b>            Жесткость щетины: <i>средняя</i>            Дополнительные особенности щетки: <i>наличие силиконовых выступов (серия щеток для курильщиков/для отбеливания)</i>            3 варианта щетки (название):            1. <i>Colgate 350</i>            2. <i>Oral-B 3DWhite</i>            3. <i>Лесной бальзам бережное отбеливание</i>  <b>Дополнительные предметы гигиены (название):</b>            1. <i>Super-Floss (Oral-B)</i>            2. _____            3. _____</p>

		<p><b>возникновение жалоб</b> (факторы и условия)  курение (1 пачка сигарет в день)</p> <p><b>Анамнез жизни:</b>  Наличие, тяжесть и продолжительность общесоматических заболеваний: -----  Наличие вредных привычек: курение  Периодичность посещения стоматолога 1 раз в 2-3 года  Используемая зубная щетка средней жесткости (название выяснить не удалось)  Используемая зубная паста лечебно-профилактическая (Colgate Total)  Используемые дополнительные предметы и средства гигиены: -----  Кратность замены зубной щетки 1 раз в год  <b>Семейный анамнез:</b> генетические заболевания у кровных родственников отсутствуют  <b>Аллергологический анамнез:</b> неотягощен  <b>Анамнез заболевания:</b>  Ранее проведенное лечение по данному заболеванию: ранее профессиональная гигиена пациенту не проводилась.  Эффективность лечения -----</p>	<p>55 54 53 52 51   61 62 63 64 65  85 84 83 82 81   71 72 73 74 75</p> <p>КПУ= 6 (высокая интенсивность)  КПУ+кп= _____ (_____ интенс-ть)  кп= _____ (_____ интенсивность)</p> <p>РМА= 0 (---- степень)</p> <p>Индекс Федорова-Володкиной =2,2  (неудовлетворительная гигиена)  Индекс ОНI-S  =2,0 (неудовлетворительная гигиена)</p>		<p><b>Зубная паста:</b>  Вид/назначение: _____ лечебно-профилактическая (противокариозный эффект)  Действующие вещества: фторид натрия, глицерофосфат кальция  PPM (для фторсодержащих паст) 1000 и более  RDA более 100  3 варианта пасты (название):  1. Blend-a-med Complete  2. Colgate Total  3. R.O.C.S. Brackets &amp; Ortho  <b>Дополнительные средства гигиены:</b>  1. Ополаскиватель Listerine expert «Защита от кариеса»  2. _____  3. _____</p> <p><b>Метод чистки зубов:</b> стандартный  <b>Консультация профильного специалиста:</b>  направлен к врачу-гастроэнтерологу (подозрение на гастрит)  <b>Рекомендации после проведенных процедур:</b>  - 2 часа не пить и не принимать пищу  - в течение оставшегося дня не принимать жесткую пищу  - чистку зубов производить на утро следующего дня</p>
--	--	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

## РЕКОМЕНДУЕМАЯ ЛИТЕРАТУРА

### Основная литература:

1. Базилян, Э.А. Организация и оснащение стоматологической поликлиники, кабинета. Санитарно-гигиенические требования. Эргономические основы работы врача-стоматолога: учебное пособие / под редакцией Э.А. Базиляна. – Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2016. – 96 с. – ISBN 978-5-9704-3057-6. – Текст : непосредственный.
2. Заболевания эндодонта, пародонта и слизистой оболочки полости рта: моногр. / под редакцией А.К. Иорданишвили. – Москва : МЕДпресс-информ, 2016. – 344 с. – ISBN 5-98322-353-4. – Текст : непосредственный.
3. Магид, Е. Фантомный курс терапевтической стоматологии. Атлас / Е. Магид, Н. Мухин, Е. Маслак. – Москва : Медицина, 2015. – 304 с. – ISBN 5-225-02746-6. – Текст : непосредственный.
4. Максимовская, Л.Н. Лекарственные средства в стоматологии. Справочник / Л.Н. Максимовская, П.И. Рощина. – Москва : Медицина, 2017. – 240 с. – ISBN 5-225-04393-3. – Текст : непосредственный.
5. Максимовский, Ю.М. Организация стоматологической службы России / Ю.М. Максимовский. – Москва : Книга по Требованию, 2016. – 440 с. – ISBN 978-5-9704-2919-8. – Текст : непосредственный.

### Дополнительная литература:

1. Алексеенко С.Н., Скоринова Л.А, Осадчая Г.Н. Методические рекомендации по профилактике и коммунальной стоматологии: для студ. 2 курса IV семестр. – Краснодар, 2012. – 143 с. – Текст : непосредственный.
2. Алексеенко С.Н., Скоринова Л.А, Осадчая Г.Н. Методические рекомендации по профилактике и коммунальной стоматологии: для студ. 3 курса V, VI семестры. – Краснодар, 2012. – 111 с. – Текст : непосредственный.
3. Грудянов, А.И. Средства и методы профилактики воспалительных заболеваний пародонта / Грудянов А.И. – Москва : ООО «Медицинское информационное агентство», 2012. – 96 с. – ISBN 5894819148. – Текст : непосредственный.
4. Максимовский, Ю. Терапевтическая стоматология. Национальное руководство (+ CD) / Ю. Максимовский, Л.А. Дмитриева. – Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2017. – 966 с. : ил. + 1 CD-диск. – ISBN 978-5-9704-1030-1. – Текст : непосредственный.