

Allegato 3: SCHEDA per PEDIATRA DI FAMIGLIA per VALUTAZIONE TRAUMA DENTALE IN ETA' EVOLUTIVA

Data _____
 Nome _____ Cognome _____
 Data di nascita _____ Sesso M F

- Luogo del trauma: casa scuola parco altro _____
- Dinamica del trauma: caduta gioco sport altro _____
- Tempo intercorso dal trauma: <30 minuti 30 minuti-1 ora 1h-2h >2 h
- Sintomi presenti dopo il trauma: dolore cefalea perdita di coscienza nausea/vomito amnesia
 alterazioni vista crisi convulsive difficoltà linguaggio limitazione apertura /chiusura della bocca
 sanguinamento altro _____
- Tempo di insorgenza dei sintomi _____

• Quale elemento dentale è stato interessato?

deciduo permanente

• Tipo di trauma: avulsione dislocazione
 frattura mobilità

• Presenza di dispositivo ortodontico si no

• Presenza trauma altra sede: mandibola
 mascellare superiore ATM altro

• Patologie remote, in particolare: discoauguloptatie _____

anomalie maxillo-facciali _____ altro _____

• Precedenti trauma dentari: si no Se si, quando _____ entità _____

• Presenza di lesioni mucosa orale: si no Se si, dove _____

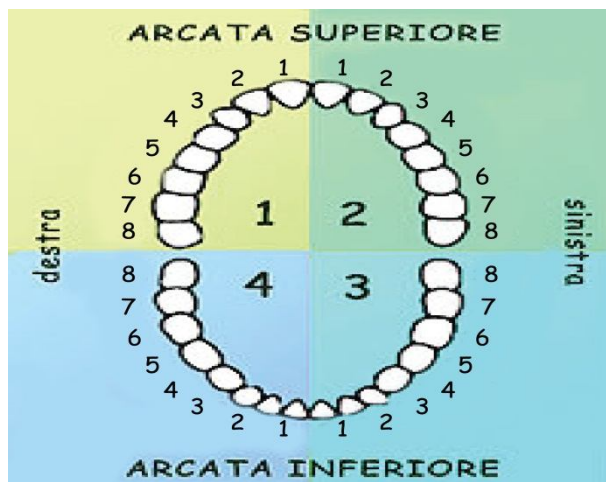
• Presenza dolore locale: si no Se si: spontaneo alla pressione alla masticazione dolore o reazione a stimoli termici cibi dolci cibi acidi

• Presenza di ferite (escoriazioni, ematomi) extraorali: si no

• Se si dove: _____

• Lesione elementi sostegno: gengiva osso altro _____

• Presenza di trauma cranico-cervicale: si no



- Copertura antitetanica: si no

E.O. Parametri vitali

E' cosciente si no Respira si no, Ostruzione vie aeree si no
Segni vitali si no Necessita RCP si no

PA_____mmHg FC_____batt/min FR_____atti/min

Obiettività toracica, cardiaca ed addominale_____

altro_____

- Presenza altri segni o sintomi degni di nota_____

NECESSITA DI VISITA SPECIALISTICA ODONTOIATRICA