

Al medico curante
 Ai diretti interessati

.....

**CERTIFICAZIONE CLINICA DI TRAUMA DENTALE
 REIMPIANTO DENTALE PRECOCE DI DENTE/I PERMANENTE/I**

Ho visitato, in data odierna, nato/a a il
 Codice Fiscale residente a (...) in Via/Piazza

Se minorenne, incapace o comunque necessita di tutore accompagnato da:
 Codice Fiscale

- ◇ genitore/i
- ◇ tutore legale
- ◇

Esposizione dei fatti come riferiti dal paziente e dagli/dall'accompagnatori/e

Riferisce/ono che il giorno alle ore

Presso (se non si conosce la denominazione corretta e l'indirizzo riportare in modo chiaro ed univoco il luogo. Es: scuole elementari di ...):

- Istituto Scolastico Via Comune di (.....)
- Luogo pubblico Via Comune di (.....)
- Luogo di lavoro Via Comune di (.....)
- Palestra Via Comune di (.....)
- Club Via Comune di (.....)
- Associazione Via Comune di (.....)
- Luogo di culto Via Comune di (.....)
- Luogo privato Via Comune di (.....)
- Luogo privato di proprietà di Via Comune di (.....)
- Proprio domicilio Via Comune di (.....)
- Altro Via Comune di (.....)

Durante (indicare anche più di una possibilità):

- L'orario di lavoro
- La lezione di
- L'attività didattica di
- L'attività ludica/ricreativa di
- L'attività sportiva di
- La conviviale
- Spostamento a piedi
- Spostamento in auto eventualmente condotta da
- Spostamento in moto/scooter eventualmente condotto da
- Spostamento con scuolabus/mezzo pubblico condotta da
- Spostamento in bicicletta
- Altro

Dinamica e natura dell'incidente

- Trauma provocato da azione di natura dolosa
- Trauma provocato da azione di natura colposa
- Di non chiara origine

Descrizione della dinamica dell'incidente che ha portato all'infortunio

Evento traumatico causato da (indicare anche più possibilità e riportare tutto quanto può risultare utile per chiarire la dinamica dell'incidente):

- Caduta accidentale
- Caduta accidentale provocata da
- Scontro
- Urto
- Spinta
- Aggressione fisica/percosse
- Colpo con (indicare eventuali oggetti utilizzati)
- Trauma sportivo
- Trauma della strada
- Altro

Effetto immediato all'evento traumatico (riportare anche più possibilità):

- Si è/sono staccato/i il/i dente/i interessato/i dal trauma
- Ha avvertito mobilità al/ai dente/i interessato/i dal trauma e lo/gli ha successivamente rimosso/i
- Ha avvertito mobilità al/ai dente/i interessato/i dal trauma ma non lo/gli ha lasciato/i in situ
- Cadeva per terra
- Sanguinava
- Perdeva di coscienza
- Avvertiva difficoltà a respirare.....
- Avvertiva difficoltà a parlare
- Ha avvertito dolore.....
- Altro

Evento testimoniato da (indicare anche più di una scelta e, se possibili, anche solo le generalità dei soggetti interessati):

- Nessuno
- Professore/i
- Istruttore/i
- Genitore/i
- Compagno/i (minore/i di età)
- Compagno/i (maggiore/i)
- Soggetto/i non identificato/i
- Altro

Soggetti coinvolti nel trauma (riportare anche più possibilità e, se possibili, anche solo le generalità dei soggetti interessati):

- Nessun altro soggetto coinvolto.....
- Trauma autoinflitto (volontariamente)
- Trauma autoinflitto (involontariamente)
- Soggetto/i non identificato/i
- Soggetto/i identificato/i (riportare quanti più dati possibili per identificarlo/i).....
- Non chiaro se vi siano altri soggetti coinvolti
- Altro

Eventi successivi all'evento (riportare anche più di una risposta. Indicare eventuali terapie mediche effettuate, oppure, se presente fare riferimento al referto medico)

- Ha conservato il/i dente/i all'interno di: latte saliva soluzione fisiologica niente altro
- Si è recato presso un punto di Primo Soccorso o Pronto Soccorso che ha
- Si è recato presso il proprio pediatra di libera scelta che ha
- È stato prelevato dal Servizio di Urgenza ed Emergenza medica che ha
- Si è auto medicato
- Si è rivolto presso l'Autorità Giudiziaria/Caserma di
- E' stato medicato da
- Altro

Specificare se alcune informazioni sono discordanti tra i soggetti coinvolti

Sintomatologia riferita dal paziente

Durante la visita il paziente riferisce (riportare anche più di una risposta):

- Dolore continuo nell'area dell'avulsione dentaria
- Dolore provocato agli elementi dentari contigui alla zona interessata all'avulsione (percussione, caldo, freddo ...)
- Non avverte nessun tipo di dolore
- Dolore in queste aree della bocca
- Tumefazione zona
- Sanguinamento zona
- Lesione dei tessuti molli. Nello specifico
- Mobilità del o dei seguenti elementi dentari
- Limitazione funzionale (movimenti mandibolari)
- Limitazione funzionale (masticare)
- Altro

Esami strumentali già in possesso durante la visita odontoiatrica e ritenuti utili ai fini della diagnosi

(Si tratta di esami strumentali, eseguiti dopo il trauma, da altro soggetto pubblico o privato. Riportare anche più di una risposta e cosa eventualmente evidenziano):

- RX endorale zona
- RX bite-wings zona
- RX OPT
- Cone Bean zona
- Fotografie intraorali extraorali zona
- Altro

Esame obiettivo intraorale

- Avulsione traumatica, a carico del/dei seguente/i dente/i permanente/i
- Avulsione traumatica, a carico del/dei seguente/i dente/i permanente/i, che è/sono stato/i rimesso/i nell'alveolo
- Dolore provocato agli elementi dentari contigui alla zona interessata al trauma (percussione, caldo, freddo ...) ...
- Dolore in queste aree della bocca
- Tumefazione
- Sanguinamento
- Lesione dei tessuti molli. Nello specifico
- Mobilità del o dei seguenti elementi dentari
- Limitazione funzionale (movimenti mandibolari)
- Limitazione funzionale (masticare)
- Altro

Esame obiettivo extraorale del complesso maxillo-facciale

Tessuti molli (riportare anche più di una risposta e le zone):

- Ferita lacero contusa
- Escoriazione
- Ecchimosi
- Fratture ossee
- Ferita da azione da punta
- Ferita da azione da taglio
- Segni di morsi
- Evidenza di bruciateure
- Lesioni policrome e polifocali
- Altro

Lesioni del tessuto scheletrico del maxillo-facciale (riportare anche più di una risposta e le zone):

- Contusione
- Fissurazione
- Frattura ossea del terzo inferiore
- Frattura ossea del terzo medio
- Frattura ossea del terzo superiore
- Fratture esposta
- Frattura chiusa
- Possibile ma necessita di ulteriori indagini non di competenza odontoiatrica
- Altro

Lesioni delle articolazioni temporo mandibolari (riportare anche più di una risposta):

- | | | |
|---|---------------------------------------|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Contusione | <input type="checkbox"/> ATM sinistra | <input type="checkbox"/> ATM destra |
| <input type="checkbox"/> Distorsione | <input type="checkbox"/> ATM sinistra | <input type="checkbox"/> ATM destra |
| <input type="checkbox"/> Lussazione | <input type="checkbox"/> ATM sinistra | <input type="checkbox"/> ATM destra |
| <input type="checkbox"/> Sindrome algico-disfunzionale | <input type="checkbox"/> ATM sinistra | <input type="checkbox"/> ATM destra |
| <input type="checkbox"/> Frattura | <input type="checkbox"/> ATM sinistra | <input type="checkbox"/> ATM destra |
| <input type="checkbox"/> Possibile ma necessita di ulteriori indagini non di competenza odontoiatrica | <input type="checkbox"/> ATM sinistra | <input type="checkbox"/> ATM destra |
| <input type="checkbox"/> Altro | <input type="checkbox"/> ATM sinistra | <input type="checkbox"/> ATM destra |

Esame obiettivo extraorale in tutte le altre parti del corpo

Tessuti molli (riportare anche più di una risposta e le zone):

- Ferita lacero contusa
- Escoriazione
- Ecchimosi
- Fratture ossee
- Ferita da azione da punta
- Ferita da azione da taglio
- Segni di morsi
- Evidenza di bruciateure
- Lesioni policrome e polifocali
- Lesioni da strappo al cuoio cappelluto
- Altro

Lesioni del tessuto scheletrico (riportare anche più di una risposta e le zone):

- Contusione
- Fissurazione
- Frattura ossea
- Fratture esposta
- Frattura chiusa
- Possibile ma necessita di ulteriori indagini non di competenza odontoiatrica
- Certe ma, per una corretta diagnosi, sono necessarie ulteriori indagini non di competenza odontoiatrica
- Altro

Lesioni delle articolazioni (riportare anche più di una risposta e le zone):

- Contusione
- Distorsione
- Lussazione
- Sindrome algico-disfunzionale
- Frattura
- Possibile ma necessita di ulteriori indagini non di competenza odontoiatrica
- Certe ma, per una corretta diagnosi, sono necessarie ulteriori indagini non di competenza odontoiatrica
- Altro

Esami strumentali eseguiti durante la visita odontoiatrica

(riportare anche più di una risposta e cosa eventualmente evidenziano):

- RX endorale zona
- RX bite-wings zona
- RX OPT
- Cone Bean zona
- Fotografie intraorali extraorali zona
- Nessun esame strumentale in quanto non ritenuto necessario
- Altro

Terapia eseguita

(per le terapia attive riportare anche più di una risposta)

- Si è deciso di non procedere con nessun tipo di terapia e di non reimpiantare l'elemento dentario
- Reimpianto immediato degli/dell' elementi/o dentari/io interessati/o dall'avulsione
- Si è deciso di procedere con il reimpianto precoce, cioè l'inserimento del dente nel suo alveolo, entro i 60 minuti dall'avulsione. E' stato effettuato in quando, la letteratura scientifica riporta che, il legamento alveolo-dentario è ancora vitale. Lo scopo del reimpianto precoce è ottenere il riattacco delle fibre parodontali ancora vitali e ricreare una restitutio ad integrum del legamento parodontale stesso.
- Trattamento endodontico immediato prima dell'inserimento nell'alveolo
- Applicazione di uno splintaggio elastico lontano dalla gengiva per 2 settimane settimane
- Altro

Terapia farmacologica prescritta e norme comportamentali

- Antibiotico terapia P/.....S/ volte al dì per giorni al bisogno
- Analgesico/antinfiammatorio P/.....S/ volte al dì per giorni al bisogno
- Antisettico collutorio del cavo orale P/.....S/ volte al dì per giorni
- Dieta semisolida per 2 settimane settimane
- Non masticare nell'area traumatizzata per 2 settimane settimane
- Altro

Successivi controlli consigliati

Sono necessari successivi controlli in quanto è sempre possibile che il dente, se non trattato endodonticamente, possa successivamente andare incontro a sofferenza pulpale con conseguente possibile: decolorazione del dente, lesioni periapicali, dolore o comunque segni o sintomi che impongano il trattamento endodontico dell'elemento dentario Sono anche possibili riassorbimenti del tessuto radicolare. Allo scopo consiglio la seguente tempistica:

- Nessun controllo
- Controllo clinico ed eventualmente radiografico a 4 settimane
- Controllo clinico ed eventualmente radiografico a 3 mesi
- Controllo clinico ed eventualmente radiografico a 6 mesi
- Controllo clinico ed eventualmente radiografico a 1 anno
- Controllo clinico ed eventualmente radiografico a 2 anni
- Controllo clinico ed eventualmente radiografico a
- Altro

Successive terapie o visite consigliate

- Le consiglio di rivolgersi al suo medico curante oppure al Pronto Soccorso per la valutazione della necessità di un richiamo del vaccino anti tetano se ci sono dubbi sulla copertura anti tetano
- Nessun'altra terapia
- Rimozione dello splintaggio a circa 4 settimane settimane
- Trattamento endodontico da programmare dopo l'inserimento nell'alveolo a circa 7/10 giorni giorni
- Rivalutazione ortodontica/protesica
- Da rivalutare in quanto si ritiene di mantenere ancora una riserva clinica rispetto alla stato del/dei dente/i interessato/i
- Successiva rivalutazione medico/legale
- Si consiglia di recarsi dal medico curante.....
- Si consiglia di recarsi al Pronto Soccorso
- Altro

Prognosi

- Prognosi di giorno/i
- Prognosi riservata all'esito di ulteriori controlli
- Prognosi riservata con l'ausilio di ulteriore assistenza medico/legale
- Altro

Soggetti presenti durante la visita oltre agli accompagnatori del paziente

Alla visita ha/hanno anche presenziato il/i seguente/i soggetto/i collaboratore/i o dipendente/i dello studio odontoiatrico in intestazione:

- Assistente di studio odontoiatrico
- Assistente di studio odontoiatrico
- Igienista dentale dr./dr.ssa
- Odontoiatra dr./dr.ssa
- Altro

Si rilascia per gli usi consentiti dalla legge.

Data

.....

Firma e timbro del medico

.....