

STOMATOLOŠKI KARTON (osnovni i anamnestički podaci)

Prezime i ime:													
Ime jednog roditelja:						Datum rođenja:				Pol: <input type="checkbox"/> Ž <input type="checkbox"/> M			
JMBG:													
LBO:													
BKZO:													
Mobilni telefon:						Telefon bliske osobe:							
Fiksni telefon:						E-mail:							
Osnov osiguranja:													
Adresa i mesto stanovanja:													
Opština:						Bračno stanje:				Broj dece:			
Prezime i ime nosioca osiguranja:													
Zanimanje:													
Šifra delatnosti:													
Matična filijala RFZO-a:													
Obveznik plaćanja doprinosa:													
Sedište obveznika doprinosa:													
Registarski broj:													
Izabrani stomatolog:													

DOSADAŠNJA OBOLJENJA I STANJA OD MEDICINSKOG ZNAČAJA (zaokružiti odgovor)

Da li je pacijent alergičan na neke lekove, hranu ili druge supstance? DA NE

Koje? _____

Da li pacijent ima ili je imao oboljenja ili intervencije na srcu i krvnim sudovima? DA NE

Povišen krvni pritisak DA NE

Snižen krvni pritisak DA NE

Infarkt (srčani udar) DA NE

Ugrađen pace maker DA NE

Ugrađene veštačke zaliske DA NE

Angina pectoris DA NE

Reumatska groznica DA NE

Pacijent je lečen od konvulzije ili ima epilepsiju? DA NE

Da li se pacijent lečio od malignih oboljenja? DA NE

Da li pacijent ima produženo vreme krvarenja? DA NE

Da li pacijent ima neko oboljenje krvi? DA NE

Da li se pacijent leči ili se lečio od šećerne bolesti? DA NE

Pacijent se operisao ili mu predstoji operacija? DA NE

Koje? _____

Da li pacijent ima oboljenje disajnih puteva? DA NE

Da li je pacijent imao moždani udar (šlog)? DA NE

Da li pacijent ima oboljenje štitne žlezde? DA NE

Da li pacijent ima oboljenje jetre? DA NE

Da li pacijent ima oboljenja bubrega? DA NE

Da li pacijent ima autoimuna oboljenja? DA NE

Da li pacijent uzima neke lekove? DA NE

Koje? _____

Pacijent boluje od neke bolesti koja nije navedena? DA NE

Koje? _____

Pacijent je bolovao od neke infektivne bolesti? DA NE

Koje? _____

Da li je pacijent HIV pozitivan? DA NE

Da li pacijent ima hepatitis? DA NE

Da li pacijent puši? DA NE

Da li pacijent redovni konzument alkoholnih pića? DA NE

Da li pacijent uzima narkotike? DA NE

Da li je pacijent u drugom stanju u ovom trenutku? DA NE

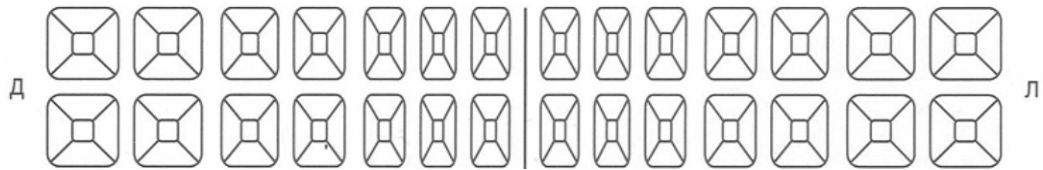
Da li pacijent škrguće ili stiska zube noću ili danju? DA NE

Da li je pacijent gubio svest nekada? DA NE

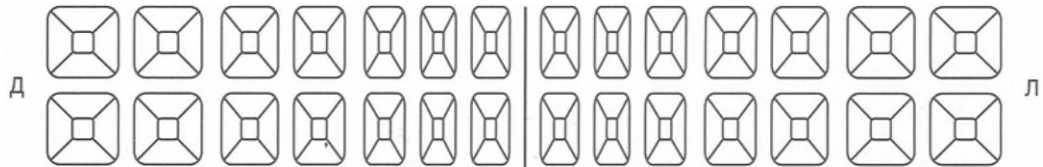
Da li je pacijent imao poteškoća prilikom ranijih

stomatoloških intervencija? DA NE

Status



Sanacija



Datum posete	
Anamneza	
Objektivni nalaz	Prisustvo mekih naslaga : DA NE Prisustvo čvrstih naslaga: DA NE Karijes: DA NE Na kojim zubima: _____ Stanje mekih tkiva:
Rtg nalaz	
Dijagnoza po MKB	
Predložena terapija	

Pacijent je usmeno obavešten o predloženoj medicinskoj meri i dao je pisanu saglasnost na predloženu medicinsku meru _____

Uložak za stomatološku protetiku broj : _____

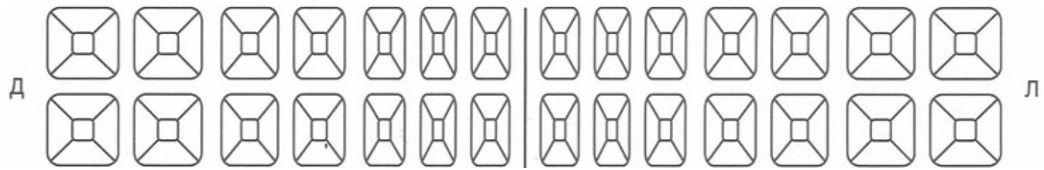
Uložak za oralnu hirurgiju broj : _____

Uložak za povrede broj : _____

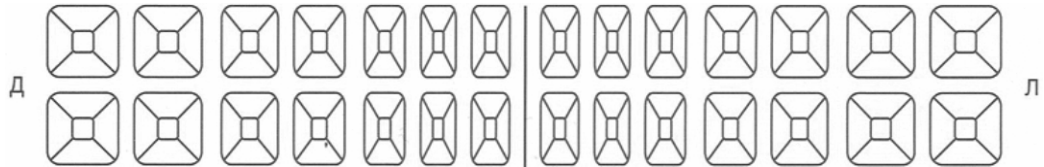
Legenda:

- | | |
|----------------------------------|--|
| 1. K1 - Karijes | 15. F - Faseta |
| 2. K2 - Karijes sekundarni | 16. R - Koren zuba |
| 3. K3 - Pulpitis | 17. FR - Frakturiran zub |
| 4. K4 - Parodontitis | 18. N - Zub u nicanju |
| 5. Z - Zdrav zub | 19. PE - Periodontitis |
| 6. PK - Kompozitna plomba | 20. IZ - Impaktiran zub |
| 7. PA - Amalgamska plomba | 21. IM - Implantat |
| 8. PGJ - Glasjonomer plomba | 22. LK - Lečen koren zuba |
| 9. HE - Hirurški izvađen zub | 23. A - Apikotomija |
| 10. KS - Solo kruna | 24. C - Cistektomija |
| 11. KN - Kruna nosač mosta | 25. LN - Livena nadogradnja |
| 12. KČ - Kruna član mosta | 26. FN - Fiberglas nadogradnja |
| 13. KP - Privremena kruna | 27. ZB - Zub sa ortodontskim bravicom |
| 14. ZP - Zub nadoknađen protezom | 28. ZOP - Zub sa ortodontskim prstenom |
| | 29. PZF - Zub sa zalivenim fisurama |

Status



Sanacija



Datum posete	
Anamneza	
Objektivni nalaz	Prisustvo mekih naslaga : DA NE Prisustvo čvrstih naslaga: DA NE Karijes: DA NE Na kojim zubima: _____ Stanje mekih tkiva:
Rtg nalaz	
Dijagnoza po MKB	
Predložena terapija	

Pacijent je usmeno obavešten o predloženoj medicinskoj meri i dao je pisanu saglasnost na predloženu medicinsku meru _____

STOMATOLOŠKI KARTON - ZA DECU I OMLADINU

Prezime i ime:													
Ime jednog roditelja:						Datum rođenja:						Pol: <input type="checkbox"/> Ž <input type="checkbox"/> M	
JMBG:													
LBO:													
BKZO:													
Fiksni telefon:						Telefon bliske osobe:							
Adresa i mesto stanovanja:													
Opština:													
Naziv škole/predškolske ustanove:								Razred:			Odeljenje:		
Osnov osiguranja:													
Prezime i ime nosioca osiguranja:													
Izabrani stomatolog:													

DOSADAŠNJA OBOLJENJA I STANJA OD MEDICINSKOG ZNAČAJA (zaokružiti odgovor)

Da li je pacijent alergičan na neke lekove, hranu ili druge supstance? DA NE
 Koje? _____

Da li pacijent boluje od reumatske groznice ili reumatskog oboljenja srca? DA NE

Da li pacijent ima neko srčano oboljenje ili je imao srčani udar? DA NE

Da li pacijent ima povišen krvni pritisak? DA NE

Pacijent je lečen od konvulzije ili ima epilepsiju? DA NE

Da li je pacijent lečen od malignih oboljenja? DA NE

Da li pacijent ima produženo vreme krvarenja? DA NE

Da li pacijent ima neko oboljenje krvi? DA NE

Da li se pacijent leči ili se lečio od šećerne bolesti? DA NE

Pacijent se operisao ili mu predstoji operacija? DA NE

Koje? _____

Da li pacijent uzima neke lekove? DA NE
 Koje? _____

Da li se pacijent lečio od neke hronične bolesti? DA NE
 Koje? _____

Pacijent boluje od neke bolesti koja nije navedena? DA NE
 Koje? _____

Pacijent je bolovao od neke infektivne bolesti? DA NE
 Koje? _____

Da li je pacijent HIV pozitivan? DA NE

Da li pacijent ima hepatitis? DA NE

Da li pacijent puši? DA NE

Da li je pacijent u drugom stanju u ovom trenutku? DA NE

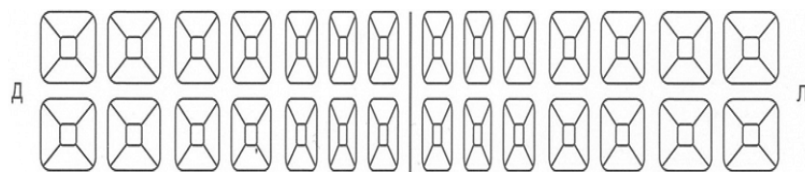
Da li pacijent škrguće ili stiska zube noću ili danju? DA NE

Da li je pacijent gubio svest nekada? DA NE

Status

Mlečni zubi

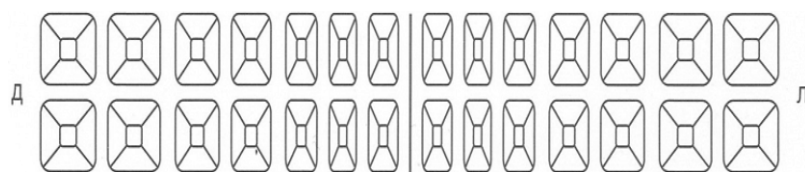
Stalni zubi



Sanacija

Mlečni zubi

Stalni zubi



Datum posete	
Anamneza	
Objektivni nalaz	Prisustvo mekih naslaga : DA NE Prisustvo čvrstih naslaga: DA NE Karijes: DA NE Na kojim zubima: _____ Stanje mekih tkiva:
Rtg nalaz	
Dijagnoza po MKB	
Predložena terapija	

Pacijent (roditelj/staratelj) je usmeno obavešten o predloženoj medicinskoj meri i dao je pisanu saglasnost na predloženu medicinsku meru _____

Uložak za stomatološku protetiku broj : _____

Uložak za oralnu hirurgiju broj : _____

Uložak za povrede broj : _____

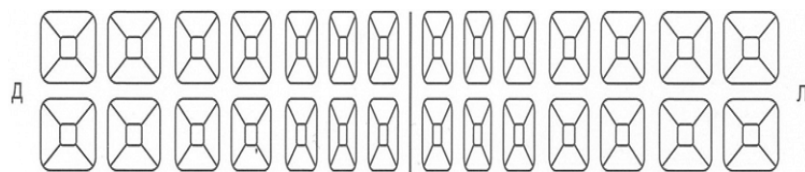
Legenda:

- | | |
|------------------------------|--|
| 1. K1 - Karijes | 17. ZP - Zub nadoknađen protezom |
| 2. K2 - Karijes sekundarni | 18. F - Faseta |
| 3. K3 - Pulpitis | 19. R - Koren zuba |
| 4. K4 - Parodontitis | 20. FR - Frakturiran zub |
| 5. G - Gangrena pulpe | 21. N - Zub u nicanju |
| 6. Z - Zdrav zub | 22. PE - Periodontitis |
| 7. ZL - Zub u lečenju | 23. IZ - Impaktiran zub |
| 8. PK - Kompozitna plomba | 24. IM - Implantat |
| 9. PA - Amalgamska plomba | 25. LK - Lečen koren zuba |
| 10. PGJ - Glasjonomer plomba | 26. LN - Livena nadogradnja |
| 11. KS - Solo kruna | 27. FN - Fiberglas nadogradnja |
| 12. KN - Kruna nosač mosta | 28. ČP - Čuvar prostora |
| 13. KČ - Kruna član mosta | 29. ZB - Zub sa ortodontskom bravicom |
| 14. KP - Privremena kruna | 30. ZOP - Zub sa ortodontskim prstenom |
| 15. ČK - Čelična kruna | 31. PZF - Zub sa zalivenim fisurama |
| 16. AM - Adhezivni most | |

Status

Mlečni zubi

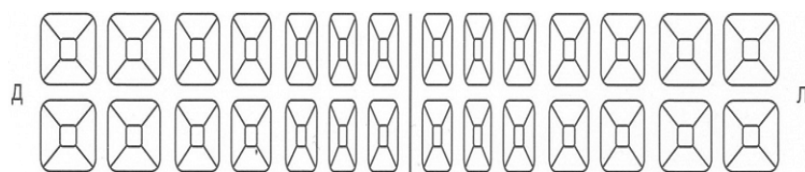
Stalni zubi



Sanacija

Mlečni zubi

Stalni zubi



Datum posete	
Anamneza	
Objektivni nalaz	Prisustvo mekih naslaga : DA NE Prisustvo čvrstih naslaga: DA NE Karijes: DA NE Na kojim zubima: _____ Stanje mekih tkiva:
Rtg nalaz	
Dijagnoza po MKB	
Predložena terapija	

Pacijent (roditelj/staratelj) je usmeno obavešten o predloženoj medicinskoj meri i dao je pisanu saglasnost na predloženu medicinsku meru _____

POVREDE

Broj uložka _____

Broj kartona _____

Prezime, ime roditelja i ime _____

ISTORIJA POVREDE :

Datum i vreme povređivanja : _____

Datum i vreme dolaska u ordinaciju : _____

Mesto povređivanja : _____

Mehanizam povređivanja (udarac, pad, tuča, saobraćajna nesreća) : _____

Kada i gde je ukazana prva pomoć : _____

Šta je rađeno : _____

Znaci povrede CNS-a (gubitak svesti, amnezija, vrtoglavica, mučnina i povraćanje, diplopija, krvarenje) : _____

TETANUS IMUNIZACIONI STATUS : _____

EKSTRAORALNI PREGLED : _____

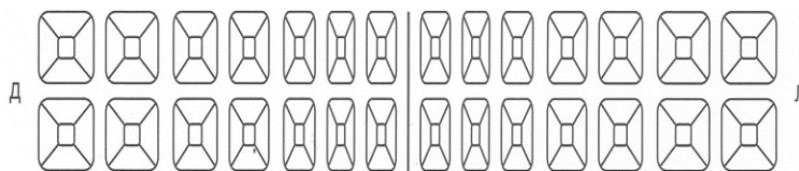
INTRAORALNI PREGLED : _____

ORTODONTSKE ANOMALIJE : _____

STATUS ZUBA : _____

Mlečni zubi

Stalni zubi



POVREĐENI ZUBI

Zub	Test vitaliteta	Luksacija	Test perkusije	Boja	Stadijum razvoja korena

0 - normalan

1 - snižen

2 - povišen

3 - negativan

0 - nema

1 - do 2 mm

2 - do 4 mm

3 - preko 4 mm

0 - normala

1 - blaga osetljivost

2 - izražena osetljivost

3 - ankiloza

0 - nepromenjena

1 - promenjena

0 - završen rast (apeks zatvoren)

1- završen rast (apeks otvoren)

2 - > 2/3 završen rast

3 - < 2/3 završen rast

ZA TRAUMATSKU EKSTRAKCIJU :

Ekstraalveolarni period : _____

U čemu je zub donešen : _____

RADIOGRAFSKI PREGLED

Datum	Metod	Opis radiograma

POVREDE ČVRSTIH ZUBNIH TKIVA :

Dg : _____

POVREDE POTPORNOG APARATA ZUBA, OKOLNIH MEKIH TKIVA I KOŠTANOG TKIVA :

Dg : _____

PLAN TERAPIJE : _____

KONTROLNI PREGLEDI (na 15, 30 ,90, 180, 360 dana i jednom godišnje do 5 godina) : _____
