

Министерство здравоохранения РФ	Код формы по ОКУД _____
Наименование медицинской организации _____	Код организации по ОКПО _____
Адрес _____ _____	Медицинская документация Учетная форма № 043-1/у Утверждена приказом Минздрава России от "15" декабря 2014г. № 834н

МЕДИЦИНСКАЯ КАРТА ОРТОДОНТИЧЕСКОГО ПАЦИЕНТА № _____

1. Дата заполнения медицинской карты _____
2. Фамилия, имя, отчество _____
3. Пол: муж. – 1, жен. – 2
4. Дата рождения: число _____ месяц _____ год _____
5. Место регистрации: субъект Российской Федерации _____
район _____ город _____ населенный пункт _____
улица _____ дом _____ квартира _____ тел. _____
6. Местность: городская – 1, сельская – 2
7. Документ, удостоверяющий личность: _____ серия _____ № _____
выдан _____
8. Полис обязательного медицинского страхования: серия _____ № _____
9. Договор (полис) добровольного медицинского страхования: серия _____ № _____
10. Наименование страховой медицинской организации _____
11. Страховой номер индивидуального лицевого счёта _____
12. Код категории льготы: _____

13. ЖАЛОБЫ

- 13.1. эстетические; 13.2. морфологические, 13.3. функциональные (со слов родителей):
 несмыкание губ, ротовое дыхание, инфантильное глотание, бруксизм,
 нарушения произношения звуков речи (_____), вялое жевание,
 привычное смещение нижней челюсти (вперед, в сторону), нарушения функции височно-нижнечелюстного сустава.

Дополнительно: _____

14. АНАМНЕЗ

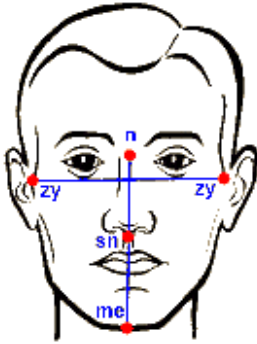
- 14.1. Нарушение здоровья матери во время беременности (триместр): I, II, III (нет)
- 14.2. Рожден (в срок, недоношен);
- 14.3. Вид вскармливания (естественное, искусственное с _____ мес., смешанное)
- 14.4. Начало прорез. первых временных зубов: _____ мес.
- 14.5. Начало смены передних зубов: _____ лет.
- 14.6. Наличие вредных привычек (да, нет): сосание пальцев, верхней губы,
 нижней губы, языка, предметов
- 14.7. Наличие врожденных аномалий развития челюстно-лицевой области:
 у родителей, братьев, сестер, др. родственников, нет
- 14.8. Перенесенные и сопутствующие заболевания (нет):

<input type="checkbox"/> Диспепсия	<input type="checkbox"/> Скарлатина	<input type="checkbox"/> Заболевания нервной системы
<input type="checkbox"/> Рахит	<input type="checkbox"/> Травма	<input type="checkbox"/> Пародонтопатия
<input type="checkbox"/> Ветряная оспа	<input type="checkbox"/> Заболевания ЛОР органов	<input type="checkbox"/> Множественный кариес
<input type="checkbox"/> Гепатит	<input type="checkbox"/> Заболевания опорно-двигат. аппарата	<input type="checkbox"/> Аллергические реакции:
<input type="checkbox"/> Дифтерия	<input type="checkbox"/> Иммунодефицит	<input type="checkbox"/> Прочие:
<input type="checkbox"/> Инф. паротит	<input type="checkbox"/> Эндокринные заболевания	
<input type="checkbox"/> Корь	<input type="checkbox"/> Болезни ЖКТ, печени, почек	
<input type="checkbox"/> Краснуха	<input type="checkbox"/> Болезни сердца	

14.9. Проводилось ранее ортодонтическое лечение (нет):

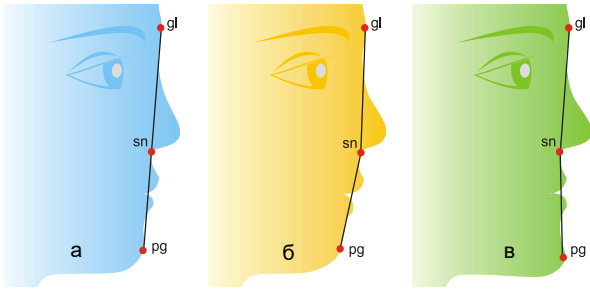
- 14.9.1. Длительность лечения _____ лет;
- 14.9.2. Вид аппаратуры (съемная, несъемная).

15. ОСМОТР ЛИЦА. КЕФАЛОМЕТРИЯ



15.1. Лицо в фас:

- 15.1.1. Ширина лица: (zy-zy ___ мм)
- 15.1.2. Высота лица: (n-me ___ мм, n-sn ___ мм, sn-me ___ мм)
- 15.1.3. Лицо симметричное (да, нет)
- 15.1.4. Подбородок смещен вправо, влево, нет
- 15.1.5. Выраженность надподбородочной складки: (да, нет)
- 15.1.6. Смыкание губ (да, нет)
- 15.1.7. Симптом «десневой улыбки» (да, нет)



15.2. Лицо в профиль:

- 15.2.1. Тип профиля: прямой (а), выпуклый (б), вогнутый (в)
- 15.2.2. Положение верхней губы: выступает, западает, правильное
- 15.2.3. Положение нижней губы: выступает, западает, правильное
- 15.2.4. Положение подбородка: прогения, ретрогения, правильное.

16. ОСМОТР ПОЛОСТИ РТА

16.1. Мягкие ткани полости рта:

- 16.1.1. Уздечка верхней губы: короткая, широкая, прикреплена низко, в норме.
- 16.1.2. Уздечка нижней губы: короткая, широкая, прикреплена высоко, в норме.
- 16.1.3. Уздечка языка: короткая, широкая, в норме.
- 16.1.4. Язык: макроглоссия, микроглоссия, в норме.
- 16.1.5. Преддверие полости рта: мелкое, в норме.
- 16.1.6. Слизистая оболочка: гиперемирована, отечна, гипертрофирована, афты, язвы, заеды, в норме.

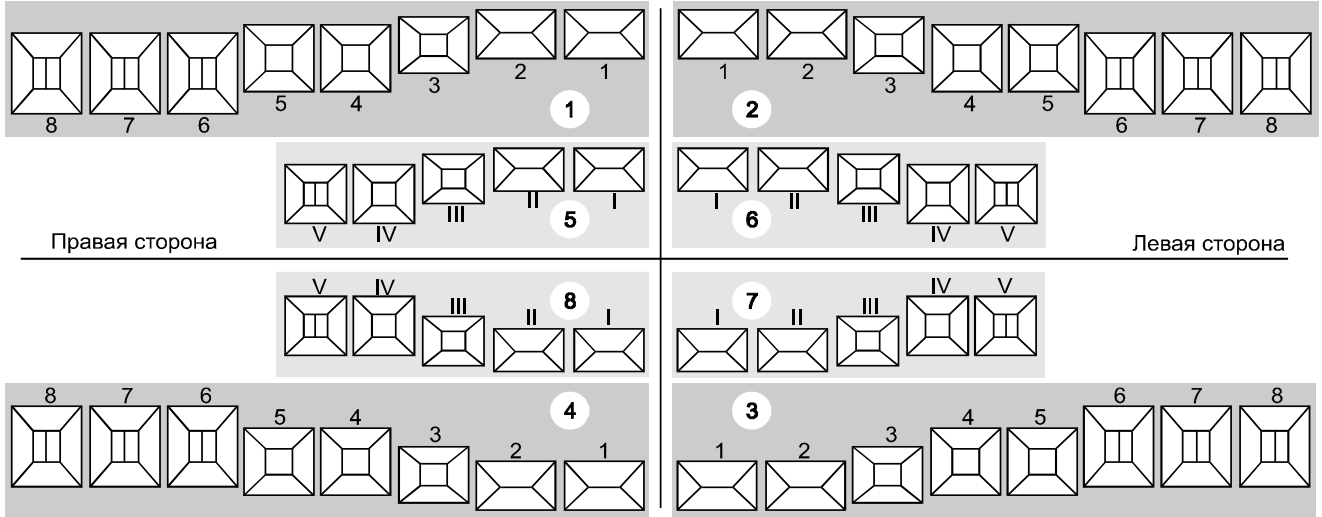
16.2. Зубы:

- 16.2.1. Период окклюзии: временных зубов, смены зубов, постоянных зубов.
- 16.2.2. Гигиена полости рта: хорошая, удовлетворительная, плохая.
- 16.2.3. Аномалии зубов:

- цвета																	
- структуры. тв. тк.																	
- формы																	
- положения *																	
- сроков прорез. **																	
- количества ***																	
М/д размеры																	
Верхняя челюсть	зач	18	17	16	15	14	13	12	11	61	62	63	64	65	26	27	зач
Нижняя челюсть	зач	48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38
М/д размеры																	
- количества ***																	
- сроков прорез. **																	
- положения *																	
- формы																	
- структуры тв. тк.																	
- цвета																	

* В - вестибулярное, О - оральное, Д - дистальное, М - мезиальное, С - супраположение, И - инфраположение, Т - тортоаномалия, Тр - транспозиция, Пр - протрузия, Рт - ретрузия.
 ** Р - ретенция, П - персистентный, РУ - раннее удаление.
 *** АП - адентия первичная, АВ - адентия вторичная, СК - сверхкомплектный.

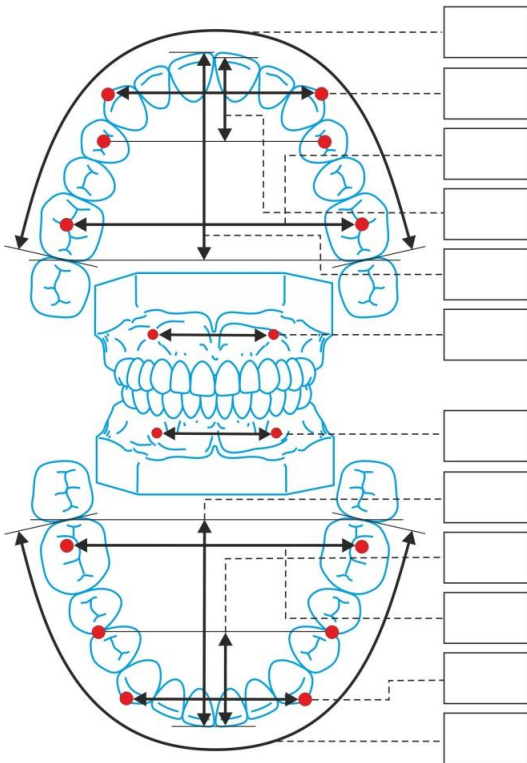
16.2.4. Зубная формула:



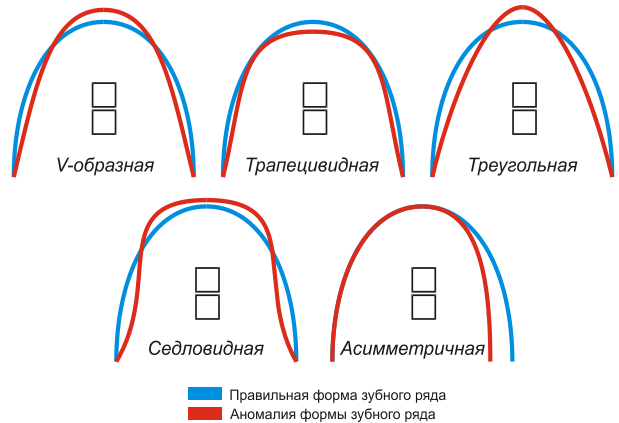
- С - кариес в стадии пятна
- К - кариозная полость
- П - пломба
- Г - гипоплазия
- Ф - флюороз
- Р - корень

16.3. Зубные ряды

16.3.1. Размеры зубных рядов и апикальных базисов челюстей:



16.3.2. Форма зубных рядов (□ в норме):



16.3.3. Контакт соседних зубов (□ в норме):

16.3.3.1. Диастема между 1|1 _____ мм

16.3.3.2. Диастема между 1|1 _____ мм

16.3.3.3. Тремы (□ в.з.р., □ н.з.р.)

16.3.3.4. Скученное положение □ □ □ □

16.3.4. Нарушение последовательности расположения зубов (□ нет): _____

16.3.5. Симметричность расположения зубов: (□ сохранена, □ нарушена _____)

16.4. Окклюзия

16.4.1. Сагиттальное направление:

16.4.1.1. Передний отдел (□ в норме):

- сагиттальная резцовая дизокклюзия (сагиттальная щель _____ мм);
- обратная резцовая окклюзия;
- обратная резцовая дизокклюзия (обратная сагиттальная щель _____ мм).

16.4.1.2. Боковой отдел (□ в норме, смыкание моляров и клыков по I кл. Энгля):

- дистальная окклюзия справа, слева (смыкание моляров и клыков по II кл. Энгля);
- мезиальная окклюзия справа, слева (смыкание моляров и клыков по III кл. Энгля)

16.4.2. Вертикальное направление:16.4.2.1. Передний отдел (в норме):

- вертикальная резцовая дизокклюзия: верт. щель ___ мм, в пределах ___ зубов;
- прямая резцовая окклюзия;
- глубокая резцовая окклюзия (величина перекрытия: >1/3, >1/2);
- глубокая резцовая дизокклюзия (травмирующая окклюзия).

16.4.2.2. Боковой отдел (в норме): дизокклюзия справа, слева.**16.4.3. Трансверсальное направление:**16.4.3.1. Передний отдел (в норме):

смещение косметического центра (вправо, влево) на ___ мм.

16.4.3.2. Боковой отдел зубных рядов (в норме):

Перекрестная окклюзия	справа	слева
Палатокклюзия	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Лингвоокклюзия	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Вестибулоокклюзия	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

17. ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ ЗАБОЛЕВАНИЯ: _____**18. РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ****18.1. Ортопантомография челюстей** (дата) _____

18.1.1. Асимметрия развития тел челюстей и височно-нижнечелюстных суставов , (нет).

18.1.2. Врожденная расщелина альвеолярного отростка, нёба (нет):

правосторонняя, левосторонняя, двусторонняя.

18.1.3. Деструкция костной ткани челюсти в области _____ зубов (нет).

18.1.4. Атрофия костных перегородок в области _____ зубов (нет).
+ - до 1/3, ++ - до 1/2, +++ - более 1/2 длины корня

18.2. Телерентгенография головы в боковой проекции (дата) _____**18.3. Телерентгенография головы в прямой проекции** (дата) _____**19. КЛИНИЧЕСКИЕ ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ПРОБЫ:**

19.1. Проба Эшлера-Битнера на выдвижение нижней челюсти до смыкания моляров по первому классу Энгля:

Профиль: улучшился, не изменился, ухудшился; выдвижение невозможно.

19.2. Пробы Ильиной-Маркосян:

- сдвиг нижней челюсти кзади до краевого смыкания резцов:

возможен, невозможен.

- при открывании рта линия косметического центра:

выравнивается, не изменяется, смещение усиливается.

19.3. Проба положения губ при сомкнутых зубных рядах.

Губы смыкаются: с напряжением, без напряжения.

19.4. Измерение вертикальной щели между резцами:

- при максимальном опускании нижней челюсти ___ мм

- при относительном физиологическом покое ___ мм

20. ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

21. КЛИНИЧЕСКИЙ ДИАГНОЗ:

Основного заболевания: _____ код по МКБ-10 _____

Осложнения: _____ код по МКБ-10 _____

Сопутствующие заболевания: _____ код по МКБ-10 _____

22. ПЛАН ЛЕЧЕНИЯ _____

23. ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ пациента на медицинское вмешательство или **ОТКАЗ** (нужное подчеркнуть) от медицинского вмешательства получен(о):

число _____ месяц _____ год _____ время _____

_____ Подпись пациента или родителя**С ДИАГНОЗОМ И ПЛАНОМ ЛЕЧЕНИЯ ОЗНАКОМЛЕН И СОГЛАСЕН**_____ Подпись пациента или родителя**С ОСОБЕННОСТЯМИ ГИГИЕНЫ ПОЛОСТИ РТА И РЕЖИМОМ ПОЛЬЗОВАНИЯ АППАРАТОМ ОЗНАКОМЛЕН И СОГЛАСЕН**_____ Подпись пациента или родителя**24. ДНЕВНИК ВРАЧА-ОРТОДОНТА**

		До лечения	В процессе лечения	После лечения
1	Модели зубных рядов	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	Фотографии	фас/профиль/улыбка/	<input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/>
		в полости рта/с аппаратом	<input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/>
3	Фото модели зубного ряда	верхнего слева/фас/справа	<input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/>
		нижнего слева/фас/справа	<input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/>
4	Ортопантограмма	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	Телерентгенограмма головы	боковая	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		прямая	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6	Томограмма	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

