

ЗАТВЕРДЖЕНО

Наказ Міністерства охорони здоров'я України
29 травня 2013 року № 435

Найменування міністерства, іншого органу виконавчої влади, підприємства, установи, організації, до сфери управління якого належить заклад охорони здоров'я _____ _____ Найменування та місцезнаходження (повна поштова адреса) закладу охорони здоров'я, де заповнюється форма _____ Код за ЄДРПОУ <table border="1" data-bbox="504 502 1048 542"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>												<p style="text-align: center;">МЕДИЧНА ДОКУМЕНТАЦІЯ</p> Форма первинної облікової документації № 043-1/о ЗАТВЕРДЖЕНО Наказ МОЗ України <table border="1" data-bbox="1388 502 2016 542"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td>№</td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>											№				
										№																	
Медична карта ортодонтичного пацієнта № _____ _____рік																											
1. Прізвище, ім'я, по батькові _____																											
2. Стать: чоловіча – 1; жіноча – 2 <input type="checkbox"/> 3. Дата народження <table border="1" data-bbox="1541 758 1921 805"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table> (число, місяць, рік)																											
4. Місце проживання хворого, телефон, e-mail _____																											
5. Діагноз _____																											
6. Чи звертались до послуг ортодонта раніше: так <input type="checkbox"/> ні <input type="checkbox"/> 7. Хто направив до ортодонта? _____																											
8. Скарги на: естетичний недолік <input type="checkbox"/> біль при відкриванні рота <input type="checkbox"/> інші <input type="checkbox"/> утруднене пережовування їжі <input type="checkbox"/> скученість зубів <input type="checkbox"/> порушення дикції <input type="checkbox"/>																											
9. Перенесені та супутні захворювання _____																											
10. Спадковість _____																											
11. Шкідливі звички _____																											
12. Вигодовування: грудне <input type="checkbox"/> штучне <input type="checkbox"/> змішане <input type="checkbox"/> 13. Дихання: ротове <input type="checkbox"/> носове <input type="checkbox"/> змішане <input type="checkbox"/>																											
14. Функціональне навантаження: нормальне <input type="checkbox"/> лінь жування <input type="checkbox"/> м'яка їжа <input type="checkbox"/> 15. Порушення мови: так <input type="checkbox"/> ні <input type="checkbox"/>																											
16. Розвиток теперішнього захворювання _____																											

ПОЗАРОТОВЕ ОБСТЕЖЕННЯ

Обличчя	<i>Симетричне</i>	<i>Асиметричне</i>	<i>Пропорційне</i>	<i>Непропорційне</i>
Профіль	<i>Прямий</i>	<i>Випуклий</i>	<i>Запалий</i>	
Нижня третина обличчя	<i>Норма</i>	<i>Видовжена</i>	<i>Зменшена</i>	
Середня третина обличчя	<i>Норма</i>	<i>Збільшена</i>	<i>Зменшена</i>	
Кут нижньої щелепи	<i>Норма</i>	<i>Збільшений</i>	<i>Зменшений</i>	
Носо-губні складки	<i>Норма</i>	<i>Виражені</i>	<i>Згладжені</i>	
Надборідна ямка	<i>Норма</i>	<i>Виражена</i>	<i>Згладжена</i>	
Стан навколоротового м'яза	<i>Норма</i>	<i>Напружений</i>		

Стан скронево-нижньощелепового суглоба

Відкривання рота	Біль	відкриванні	Клацання	відкриванні	Симетричність рухів	Періодичний головний біль
мм	при:	закриванні	при:	закриванні	Плечовий біль	Шийний біль

ВНУТРІШНЬОРОТОВЕ ОБСТЕЖЕННЯ

Пристінок порожнини рота	<i>Норма</i>	<i>Дрібний</i>	<i>Глибокий</i>		
Вузечка верхньої губи	<i>Норма</i>	<i>Коротка</i>	<i>Низьке прикріплення</i>		
Вузечка нижньої губи	<i>Норма</i>	<i>Коротка</i>	<i>Високе прикріплення</i>		
Вузечка язика	<i>Норма</i>	<i>Коротка</i>			
Слизова оболонка	<i>В нормі</i>	<i>Гіперемована</i>	<i>Кровоточива</i>		
Розміри язика	<i>Норма</i>	<i>Макро</i>	<i>Мікро</i>		
Положення язика					
Прорізування зубів	<i>Раннє</i>	<i>Пізнє</i>	<i>Норма</i>		
Гігієна порожнини рота	<i>Добра</i>	<i>Задовільна</i>	<i>Незадовільна</i>		
Період прикусу	Молочний	Змінний	<i>Ранній</i>	Постійний	<i>Ростучий</i>
			<i>Пізній</i>		<i>Неростучий</i>
					<i>Сформований</i>
Форма піднебіння	<i>Нормальне</i>	<i>Готичне</i>	<i>Плоске</i>		

Зубна формула

			55	54	53	52	51	61	62	63	64	65			
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
			85	84	83	82	81	71	72	73	74	75			

C - каріозноуражений зуб

V - видалений зуб

π - атипової форми зуб

D - декальцинація

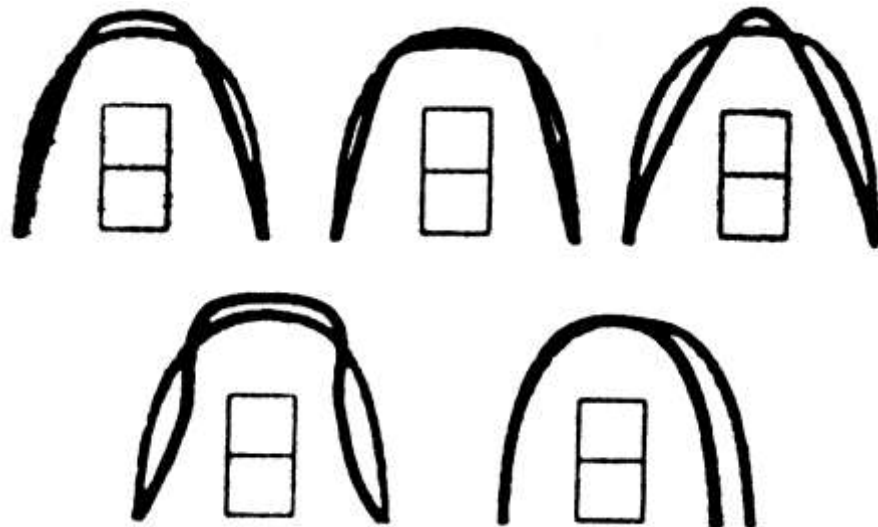
Pt - пародонтит

O - відсутній зуб

P - ратинований зуб

T - травма

Аномалії форми зубних дуг



Стан зубів:

структура

форма

величина

кількість: адентія надкомплектні

ретенція

Види положення:

вестибулярне мезіальне

оральне дистальне

супраоклюзія транспозиція

інфраоклюзія тортооклюзія

Стан зубних рядів

протрузія фронтальної ділянки верхня щелепа нижня щелепа

ретрузія фронтальної ділянки

крива Spee мм

вкорочення

видовження

звуження

розширення

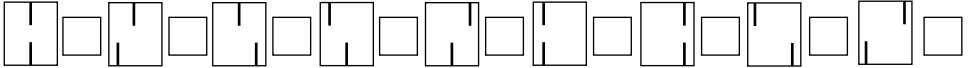
треми

діастема

ступінь скупчення зубів легкий: до 5 мм середній: 5 ÷ 8 мм

важкий: > 8мм

ОЦІНКА ПРИКУСУ

Сагітальна площина	Сагітальна щілина	<input type="text"/> мм	обернена	<input type="text"/> мм
	Співвідношення молярів	праве <input type="text"/>	ліве	<input type="text"/>
	Співвідношення ікол	праве <input type="text"/>	ліве	<input type="text"/>
Вертикальна площина	Різцеве перекриття	<input type="text"/>		
	Вертикальна щілина	<input type="text"/>		
Трансверзальна площина	Центральна лінія			
	Горбкове перекриття:	праве <input type="text"/>	ліве	<input type="text"/>

ДОДАТКОВІ МЕТОДИ ОБСТЕЖЕННЯ (дати проведення)

Біометрія					
ОПТГ*					
ТРГ**					
Інші (вказати які)					

Проба Ешлера-Бітнера

(висування н/щ до замикання молярів по 1 класу)

Профіль	<input type="text"/> покращився	<input type="text"/> не змінився	<input type="text"/> погіршився
----------------	---------------------------------	----------------------------------	---------------------------------

Проба Ільїної-Маркосян № 2 (зсув н/щ назад до крайового змикання різців)

<input type="text"/> можливо	<input type="text"/> неможливо
------------------------------	--------------------------------

Проба Ільїної-Маркосян № 3 (опускання н/щ). Лінія косметичного центру

<input type="text"/> можливо	<input type="text"/> неможливо
------------------------------	--------------------------------

Проба змикання губ

<input type="text"/> з напруженням	<input type="text"/> без напруження
------------------------------------	-------------------------------------

* Ортопантомографія. ** Телерентгенографія.



Аналіз за Поном(Ронт):

$$E4d \frac{21|12}{1} = \frac{\quad (мм)}{p1|p1} = \quad N = \underline{\quad}$$

$$M1M1 = \frac{M1M}{1} = \quad N = \underline{\quad}$$

Висновки: _____

Аналіз за Корхаузом:

$$L_o = \quad Lu = \quad N = \underline{\quad}$$

Висновки: _____

Аналіз за Болтоном:

$$\frac{\sum d \ 13 - 23}{\sum d \ 43 - 33} \times 100 = 77,2 \% \quad (N = 74,5-80,4\%) \dots \times 100 = \underline{\quad} \text{ "Overall ratio"}$$

$$\frac{\sum d \ 16 - 26}{\sum d \ 46 - 36} \times 100 = 91,3 \% \quad (N = 91, 3\%) \dots \times 100 = \underline{\quad} \text{ "Anterior ratio"}$$

Висновки: _____

ЦЕФАЛОМЕТРИЧНИЙ АНАЛІЗ

Аналіз черепа та щелеп

Дентальний аналіз

Показники	Величина (норма)	До початку лікування	Під час лікування	Після лікування
ANB	2°±1°			
NA-APog (Convexity)	0°±2°			
SN-Pog	80°±2°			
FH-NPog (Facial angle)	87,8°			
Wits (BO-AO)	-1,0±2 mm			
SNA	82°±2°			
SNB	80°±2°			
SN-Go	44°±3°			
FMA/FMIA/IMP A (Tweed)	25±5°/65±3°/90±5°			
Ar-Go-Me (Gonial angle)	119°±5°			

Показники	Величина (норма)	До початку лікування	Під час лікування	Після лікування
U1-NA	22°±2°			
U1-NA	4±2 mm			
L1-NB	25°±2°			
L1-NB	4±2 mm			
Кут іі (міжрізцевий кут)	130°±5°			

Аналіз м'яких тканин

Опис параметрів вимірювання	Показники	Величина (норма)	До початку лікування	Під час лікування	Після лікування
	E -Line	-2±2mm			
	Носо-губний кут	102°±8°			
	FH-Ls`-Pog` (кут Z)	75°±4°			

ДІАГНОЗ

Скелетний тип
Денто-альвеолярний тип
Супутні прояви

ПЛАН ЛІКУВАННЯ

1. Лікування Зараз Диспансерний нагляд Не показано
2. Активне лікування
3. Фаза I Фаза II Комплексне лікування

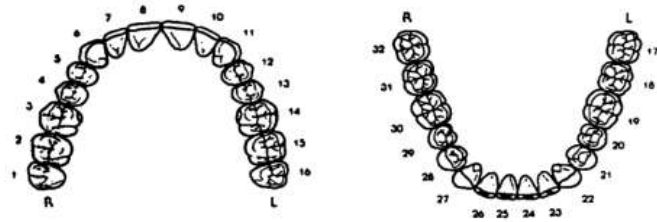
Видалення не потребує Граничний випадок (не вирішено)

 потребує

Хірургічна підготовка:

пластика вуздечок
поглиблення пристінка рота
ортодонтична хірургія
інші

Знімні апарати



Функціональні знімні апарати

Функціональні знімні апарати

Гербст	
Форсус	
Інші	

Вид апарата

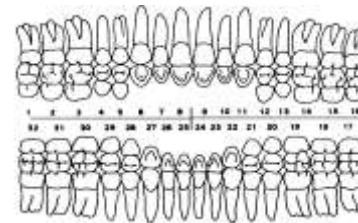
Незнімна апаратура Брекет-система

Верхня щелепа	Паз	Кільця/ трубки
Нижня щелепа		

Позаротові апарати (модифікація росту)

Лицева дуга	
Лицева маска	
Міжщелепова тяга	

Контроль опори



Внутрішньоротові еластики/діаметр/сила

Міогімнастика

РЕТЕНЦІЯ

Строк

Вид апарата

ЩОДЕННИК ЛІКАРЯ

Дата	Лікування та рекомендації	Примітка

Лікуючий лікар _____
(прізвище, підпис)

Завідувач відділення _____
(прізвище, підпис)

ЩОДЕННИК ЛІКАРЯ

Дата	Лікування та рекомендації	Примітка

Лікуючий лікар _____
(прізвище, підпис)

Завідувач відділення _____
(прізвище, підпис)