|  |
| --- |
| ***Hasta Adı Soyadı : Yaş: Tarih: Dosya No:*** |

**Hastanın Beklentileri**

|  |
| --- |
| Aşağıda belirtilenlerden ilgili olduklarınızı işaretleyiniz. ( Lütfen tüm ilgili olduklarınızı işaretleyiniz) |
| *( ) Bilgi ( ) Şu anki tedavi ( ) Daha önce alınan bilginin ya da çelişkili bilginin doğrulanması* |
| Eğer çocuğunuz dişi değiştirilecekse, nasıl değişmesini isterdiniz? |
| *( ) Üst dişler İleriye/Geriye ( ) Alt dişler İleriye/Geriye ( ) Boşlukların kapatılması Üst/Alt ( ) Diş etlerinin fazla görülmesi sebebiyle üst dişlerin yukarıya alınması ( ) Sıkışık dişlerin düzeltilmesi Üst/Alt*  *( ) Küçülmüş / Kırılmış / Lekelenmiş / Kararmış / Sivrilmiş diş görünümünün iyileştirilmesi* |
| Ortodontik tedavi başarısında büyümenin güçlü bir etkisi olduğunu fark ettiniz mi? *( ) Evet ( ) Hayır* |
| Size göre kızınız ya da oğlunuz erken gelişme ya da geç gelişme döneminde mi? *( ) Erken ( ) Geç* |
| Çoğunuz büyüme çağını tamamladığında sizce boyu ne kadar olabilir? :.............................cm |
| Ortodontik tedavinin, yüzünüzün görünümünü geliştirebileceğinin farkında mısınız? *( ) Evet ( ) Hayır* |
| Eğer yüzünüzdeki bazı özellikler değiştirilebilseydi, aşağıdakilerden hangilerinin gerçekleşmesini isterdiniz? |
| *( )Üst dudak İleriye/Geriye ( )Alt dudak İleriye/Geriye ( )Üst çene İleriye/Geriye ( )Alt çene İleriye/Geriye*  *( ) Çene ucu Küçülme/Büyüme ( )Burun Küçülme/Büyüme/Farklı şeki*l |
| Yüz yapısı konusunun çocuğunuzun önünde tartışılmamasını mı tercih edersiniz? *( ) Evet ( ) Hayır* |
| Daha sonra ilave tedavi bile gerekirse de diş görünümünüzün geliştirilmesi ile ilgileniyor musunuz? ( ) Evet ( ) Hayır |
| Ailede ortodontik tedavi gören var mı? *( ) Evet ( ) Hayır Kim?.......................* |
| Ebeveyn çocuğun davranışlarını nasıl tanımlıyor?......................................................................................................................... |
| Hastanın tedaviye ilgisi *: ( ) İlgili ( ) İlgisiz ( ) Karşı* |
| Ebeveynlerin tedaviye ilgisi: *( ) İlgili ( ) İlgisiz ( ) Karşı* |
| Ebeveynlerin ağız ve diş sağlığı :............................................................................................................................................. |
| Diğer aile bireylerinde benzer problem var mı? *( ) Var ( ) Yok* |

**Hastanın Özgeçmişi:**

|  |
| --- |
| Doğum şekli :............................................................ Süt çocuğu beslenmesi :.......................................... |
| Yürüme başlangıcı :............................................................ Konuşma başlangıcı :.......................................... |
| Biberon / emzik kullandı mı? *( ) Evet*  *( ) Hayır*  Bırakma yaşı:...................... |
| Menstruasyon başladı mı? *( ) Evet ( ) Hayır* *Ne zaman?..........................* |
| Ses değişimi *( ) Var ( ) Yok*  *Ne zaman?..........................* |
| Traş olma *( ) Var ( ) Yok* *Ne zaman?..........................* |

**Medikal Hikaye:**

|  |
| --- |
| 1) Hastanın genel sağlık durumu iyi mi? *( ) Evet ( ) Hayır* |
| 2) Şu anda doktor kontrolü altında mı? *( ) Evet ( ) Hayır* |
| Evet ise neden? :........................................................................................................................................................... |
| 3) Şu anda herhangi bir ilaç kullanıyor mu? *( ) Evet ( ) Hayır* |
| 4) Hastanın alerjisi var mı? (toz, polen, ilaç, lateks...vb.) *( ) Evet ( ) Hayır* |
| Evet ise sıralayınız......................................................................................................................................................................... |
| 5) Hastanın geçirmiş olduğu herhangi bir rahatsızlık var mı? *( ) Evet ( ) Hayır* |
| Evet ise aşağıdaki tabloda işaretleyiniz. |
| |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | |  | *Ateşli romatizma* |  | *İltihabi romatizma* |  | *Duyma problemleri* |  | *Uyku sorunları* | |  | *Böbrek hastalığı* |  | *Hepatit (Sarılık)* |  | *Konuşma problemleri* |  | *Radyoterapi* | |  | *Astım veya saman nezlesi* |  | *Tonsil adenoid problemleri* |  | *Ürtiker veya deride kızarıklık* |  | *Kanama sorunları / Hemofili* | |  | *Tüberküloz* |  | *Anemi* |  | *Akdeniz ateşi* |  | *Diabet* | |  | *Duygusal, davranışsal bozukluklar* |  | *Sık soğuk algınlığı* |  | *Göz hastalıkları* |  | *Baş dönmesi, bayılma* |   Diğer rahatsızlıklar......................................................................................................................................................................... |
| ....................................................................................................................................................................................................... |

|  |
| --- |
| ***Hasta Adı Soyadı : Yaş: Tarih: Dosya No:*** |

**Genel Bulgular:**

|  |
| --- |
| Gelişim durumu : *( ) Yaşına uygun ( ) Gelişimi fazla ( ) Gelişimi az* |
| Mental durumu : *( ) Normal ( ) Kolay öğrenen ( ) Geç öğrenen* |
| Davranış durumu : *( ) Neşeli ( ) Sakin ( ) Sinirli* |
| Postür : *( ) Güçlü ( ) Uzun ( ) Ortalama ( ) Kısa ( ) Kilolu* |
| Boy :..................................................... Kilo :....................................................................... |
| Dental yaş :...................................................... İskelet yaşı :....................................................................... |

**Extraoral Bulgular:**

|  |
| --- |
| Kafa formu : *( ) Dar ( ) Geniş ( ) Uzun ( ) Kısa* |
| Yüz formu : *( ) Küçük ( ) Geniş ( ) Yuvarlak ( ) Köşeli ( ) Oval ( ) Üçgen* |
| Fasiyel asimetri :.............................................................. Yara izleri:............................................................................ |
| Fasiyel orta hatta göre üst çene orta hat kayması *( ) Evet ( ) Hayır sağ/sol.............mm* |
| Fasiyel orta hatta göre alt çene orta hat kayması *( ) Evet ( ) Hayır sağ/sol.............mm* |
| Dudak formu :.............................................................. Çene ucu formu:.................................................................. |
| Dudaklar : *( ) Normal ( ) Kuru ( ) Fisürlü ( ) Yaralı* |
| Dudak postürü : *( ) Yeterli ( ) Yetersiz ( ) Dışa dönük* |
| Dudak basamağı :  *( ) Pozitif* ☺ *( ) Negatif* ☹ *( ) Düz* 😐 |
| Mandibular açı : *( ) Normal ( ) Artmış ( ) Azalmış* |
| Nazal hava yolu açıklığı : *( ) Yeterli ( ) Yetersiz Solunum şekli: ( ) Ağız ( ) Burun* |

**İntraoral Bulgular:**

**A)** Dental Bulgular:

|  |
| --- |
| Genel oral hijyen *:( ) İyi ( ) Kötü ( ) Ortalama* Çürüğe yatkınlık*: ( ) Yok* *( ) Ortalama ( ) Şiddetli* |
| Sağ Sol |
| |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |   *c: çürük diş a: devital diş d: renk değişimi b: kırık diş h: hipoplazi* |
| *m: malforme diş x: çekilmiş diş F: dolgulu diş W: aşınmış diş dc: dekalsifikasyon* |

**B)** Ağız içi Muayene:

|  |
| --- |
| Maksiller-Mand. labial frenum: *( ) Güçlü ( ) Zayıf ( ) Yüksek bağlantılı ( ) Frenektomi yapılmış* |
| Bukkal frenum : *( ) Normal ( ) Patolojik* Vestibuloplasti*: ( ) Evet ( ) Hayır* |
| Periodontal hastalık : *( ) Normal ( ) Enflamasyonlu ( ) Hiperplastik*  Çekilme:........... |
| Tonsiller : *( ) Var ( ) Yok (alınmış)* Var ise : *( ) Normal ( ) Enfekte ( ) Büyümüş* |
|  |
| İdeal Bulunan |
| Gülüş arkı : *Alt dudağı takip eder* |
| Bukkal koridor (inter-komissural  *%13*  ...............................  genişliğin karanlık alan yüzdesi olarak) |
| Gingival görünüm *2.3 mm diş alanı* ............................... |
| Okluzal cant  *0*  ............................... |
| Üst/Alt dental orta hat-yüz  *0* ............................... |
| Üst santral-santral kesici gingival yüks. farkı  *0*  ............................... |

|  |
| --- |
| ***Hasta Adı Soyadı : Yaş: Tarih: Dosya No:*** |

**Fonksiyonel Analiz Kayıtları:**

|  |
| --- |
| 1) İlişki: Rest Pozisyonu – Habituel (Kazanılmış) Okluzyon |
| a) Sagital→ Habitüel (Kazanılmış okluzyon) : *( ) Distal ( ) Mesial ( ) Kenar kanara ilişki*  Rest Pozisyonu : *( ) Mandibula ( ) Posterior - Anterior* |
| b) Transvers→ Mandibüler orta hat kayma.: Habitüel okluzyonda:.....mm Rest poz.....mm Max. Ağız açık.:......mm |
| Freeway space : *( ) Normal ( ) Geniş ( ) Küçük* |
|  |
| Ses muayenesi   |  | | --- | | /s/, /z/ (ıslıksı ses), /t/, /d/ (dil, diş yuvası durakları), /f/, /v/ (labiodental frikatif) | |
|  |
| 2) Temporomandibular Eklem |
| Krepitasyon: *( ) Sağ ( ) Sol ( ) Her iki taraf* Klik: *( ) Sağ ( ) Sol ( ) Her iki taraf* |
| Basınç hassasiyeti: *( ) Sağ ( ) Sol ( ) Her iki taraf* |
| Basınç hassasiyeti – kas :*Lateral pterygoid* *( ) Sağ ( ) Sol* *Masseter* *( ) Sağ ( ) Sol* *Temporal* *( ) Sağ ( ) Sol* |
| *Diğerleri*:.............................................................................................................................................. |
| Mandibular hareketlilik :*Max. İnterinsizal açıklık ......mm Max. Protrusif har. .......mm Max Lateral har. ..........mm* |
| Diş interferans noktası :.................................................... Okluzal düzlemde CANT: *( ) Evet ( ) Hayır ( ) Sağ ( ) Sol* |
|  |
| 3) Disfonksiyonlar |
| Yutkunma modeli :*( )Normal ( )Basit tongue thr. ( )Kompleks tongue thr.* |
| Dil disfonksiyonu :*( ) Dil itimi ( )Dil ısırma* Konuşma defekti: *( ) Evet ( ) Hayır* |
| Dudak disfonksiyonu :*( )Dudak itimi ( )Dudak ısırma ( )Dudak emme* |
| Parafonksiyonlar :*( ) Evet ( ) Hayır*  Parafonksiyon tipi:.......................................*( ) Gün içi ( ) Gece* |
| Normal burun solunum :*( ) Evet ( ) Hayır*  Ağız solunumu : *( ) Habituel ( ) Anatomik* |
| Oral alışkanlıklar :*( ) Var ( ) Yok* *( ) Terkedilmiş*  Bırakma yaşı:................................ |