































	<b>RESTORATİF DİŞ TEDAVİSİ KLİNİK UYGULAMA ÇÜRÜK RİSKİ DEĞERLENDİRME FORMU</b>	<b>Doküman Kodu</b>	EÖF.FR.45
		<b>Yayın Tarihi</b>	17.09.2024
		<b>Revizyon No</b>	-
		<b>Revizyon Tarihi</b>	-
		<b>Sayfa</b>	1/1

<b>Hasta Bilgileri:</b>			
<b>Adı-Soyadı:</b>		<b>Yaş ve Cinsiyet:</b>	
<b>Sistemik Hastalıklar:</b>			
Tükürük Azaltıcı Etkisi Olan İlaç Kullanımı	<input type="checkbox"/> Düşük Risk	<input type="checkbox"/> Orta Risk	<input type="checkbox"/> Yüksek Risk
Yeme Bozuklukları (Bulimia vb.)	<input type="checkbox"/> Düşük Risk	<input type="checkbox"/> Orta Risk	<input type="checkbox"/> Yüksek Risk
Diş Fırçalama Sıklığı	<input type="checkbox"/> Günde 1 kez	<input type="checkbox"/> Günde 2 kez	
	<input type="checkbox"/> Günde $\geq$ 3 kez	<input type="checkbox"/> Ara sıra/Düzensiz	
Diş Fırçalama Yöntemi	<input type="checkbox"/> Manuel diş fırçası	<input type="checkbox"/> Elektrikli diş fırçası	
Diş Macunu Seçimi	<input type="checkbox"/> Florlu	<input type="checkbox"/> Florsuz	
Diş İpi Kullanımı	<input type="checkbox"/> Evet	<input type="checkbox"/> Hayır	
Ağız Yıkama Ürünü Kullanımı	<input type="checkbox"/> Evet	<input type="checkbox"/> Hayır	
Şekerli Gıda ve İçecek Tüketimi	<input type="checkbox"/> Her gün	<input type="checkbox"/> Haftada birkaç kez	<input type="checkbox"/> Nadiren
Asidik Gıda ve İçecek Tüketimi	<input type="checkbox"/> Her gün	<input type="checkbox"/> Haftada birkaç kez	<input type="checkbox"/> Nadiren
Ara Öğünler	<input type="checkbox"/> Sık	<input type="checkbox"/> Ara sıra	<input type="checkbox"/> Nadiren
Ailede Diş Çürüğü Öyküsü	<input type="checkbox"/> Sık diş hastalıkları yaşarlar	<input type="checkbox"/> Ara sıra diş hastalıkları yaşarlar	<input type="checkbox"/> Nadiren diş hastalıkları yaşarlar
Tükürük Akışı	<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Azalmış	<input type="checkbox"/> Yetersiz
Ağız Kuruluğu	<input type="checkbox"/> Evet	<input type="checkbox"/> Hayır	

**Mevcut Dişlerin Durumu\* DMF:**

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

\*İlgili kutulara dişlerin durumunu (çekilmiş dişler (X), dolgu veya çürük durumları) işaretleyiniz.

<b>Genel Risk Değerlendirmesi</b>	<input type="checkbox"/> Düşük Risk	<input type="checkbox"/> Orta Risk	<input type="checkbox"/> Yüksek Risk
<b>Önerilen Tedavi ve Önlemler:</b>			
<b>Öğrenci Bilgileri</b>	<b>Öğrenci İmza</b>		<b>Onay İmza</b>
<b>Adı ve Soyadı:</b>			
<b>Numarası:</b>			
<b>Sınıfı ve Grubu:</b>			