## Hasta Bilgisi

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **TNKÜ****AĞIZ VE DİŞ SAĞLIĞI****UYGULAMA VE ARAŞTIRMA MERKEZİ ÇENE-YÜZ KIRIKLARI DEĞERLENDİRME FORMU** | Doküman No: | EYS-FRM-253 |
| Hazırlama Tarihi: | 05.01.2022 |
| Revizyon Tarihi: | -- |
| Revizyon No: | 0 |
| Toplam Sayfa Sayısı: | 2 |

Adı Soyadı: ……………………………... Dosya No: …………………………… Tel: ……………………………..

Doğum Tarihi:…………………………… Yaş:……… Cinsiyet:………………. Meslek:…………………………

Dentisyon: Daimi Dentisyon Süt Dentisyon Karışık Dentisyon

* + Parsiyel Dişsizlik Total Dişsizlik

## Oklüzyon Durumu: İyi Orta Kötü Devital Dişler:………………………………...

Yorum:……………………………………………………………………………………………………………………………………….

..…………………………………………………….………….………………………………………………………………….………….

1. **Klinik Değerlendirme/ Cerrahi Bilgi Doktoru:**…………………………………………….. Başvuru Tarihi:………………………………………………

Kazanın Olduğu Tarih:……………………………….. Ameliyat/Bimaksiller Fiksasyon Tarihi:………………………………………….

Gönderen Kurum/

Kişi:………………………………………………………………………………………………………………………………………….

## Kırık Bilgisi (Sebep):

* Kavga Düşme Mesleki
* Trafik Kazası Hayvan Tepmesi Diğer Yorum:………………………………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………………………………

## Kırık Tipi

**Mandibular**

* Sol Parasimfiz Sol Corpus  Sol Kondil Sol Koronoid Sol Angulus Sol Ramus
* Sağ Parasimfiz Sağ Korpus Sağ Kondil Sağ Koronoid Sağ Angulus Sağ Ramus
* Simfiz Alveol Diğer Yorum:………………………………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………………………………

## Maksiller

* Lefort Orbital Zygomatik ark Nazal Alveol Diğer Yorum:………………………………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………………………………

## İlişkili Hasar:

* Abrazyon / Laserasyon Oftalmolojik Nörolojik Diğer Yorum:………………………………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Radyolojik Değerlendirme:

Panoramik Lateral Kafa Waters’ Periapikal TME Okluzal Lateral Oblik Antero-Posterior Postero-Anterior

Submentoverteks Towne’s Reverse Towne’s Koronal CT

Aksiyal CT 3D CT C-Spine Lateral nazal Diğer Yorum:………………………………………………………………………………………………………………………………………

1. Belirtiler

## Radyolojik

Yorum:………………………………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………………………………

## Klinik

Kapanış bozukluğu(malokluzyon) Duyu ve/veya Motor Sinir Kaybı Alt çene fonksiyon bozukluğu

Yumuşak Doku Yaralanması Kırık veya hareketli dişler Ağrı Kanama Ödem Basamak Deformitesi Trismus Ekimoz

Hematom Krepitasyon Mobilite Yorum:………………………………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………………………………

## KIRIK TEDAVİSİ

**Açık** İntra Oral Ekstra Oral (Submental, Preauricular, Submandibular, Diğer) **Kapalı**

## Ameliyat / Tedavi Raporu:

**Tarih:…………………………**

## Protokol no:…………………..

**Ameliyat Ekibi 1.**

## 2.

**3.**

## 4

Travmaya bağlı kaybedilen ve / veya çekilmek zorunda kalan diş sayısı:

Post Operatif Komplikasyonlar: