

000005

UNIVERSIDAD CENTRAL DE VENEZUELA
 FACULTAD DE ODONTOLOGIA
 CATEDRA DE PERIODONCIA

EXAMEN INTEGRAL DEL SISTEMA ESTOMATOGNÁTICO

ASIGNACION _____
 Nombre de Profesor _____ Firma _____ Fecha _____
 PACIENTE _____ H.C. N° _____
 ALUMNO _____ CURSO _____
 N° de RECIBO _____ VALOR (Bs) _____ SALA CLÍNICA _____
 MOTIVO DE CONSULTA

DOLCIR: SI _____ NO _____
 (En caso positivo responda el siguiente cuestionario)

¿Dónde siente dolor?

¿Desde cuándo siente dolor?

¿Necesita tomar algún medicamento para el dolor?. Especifique.

¿Cede el dolor con ese medicamento? SI _____ NO _____

Usted calificaría su dolor como:

- | | |
|--------------|----------------------------|
| () Leve | () Agudo |
| () Moderado | () Sordo |
| () Severo | () Con latidos o pulsátil |

Usted diría que su dolor es

Usted diría que su dolor tiene una frecuencia:

La duración de su dolor es:

- Al levantarse Después de comer
 Cuando come Cuando duerme
 Antes de dormir Cuando bosteza
 No tiene relación con una actividad específica

Su dolor le perturba el sueño, el trabajo u otras actividades: SI _____ NO _____

Comentarios:

Digitized by srujanika@gmail.com

TRATAMIENTOS PREVIOS

- Médico _____ Periodontal _____
 Psiquiátrico _____ Protésico _____
 Ortodôntico _____ Oclusal _____

Comentarios: _____

HÁBITOS PARAFUNCIONALES Y OCUPACIONALES

- | | |
|------------------------------|-----------------------------------|
| () Bruxismo | () Mordedura de labios |
| () Deglución atípica | () Mordedura de carrillo |
| () Onicofagia | () Mordedura de objetos duros |
| () Succión del pulgar | () Masticar chiclet |
| () Trabajo con computadoras | () Hablar frecuente por teléfono |

Comentarios: _____

EXAMEN CLÍNICO

Clasificación de Angle: I _____ II _____ III _____ Modificación _____

Ausencias Dentarias _____

Fremitus _____

Movilidad Dentaria _____

Facetas de Desgaste _____

Discrepancia entre RC-OC SI _____ NO _____

Deslizamiento horizontal-vertical entre RC y OC _____ mm

Primer contacto en RC _____

Guía Anterior _____

Relación de la Línea Media _____

Movimientos de Lateralidad

Gua Canina Derecha _____ Izquierda _____

Función de Grupo

Parcial Derecha _____ Izquierda _____

Total Derecha _____ Izquierda _____

Interferencias en el lado de Trabajo _____

Interferencias en el lado de Balance _____

Interferencias en Protusiva _____

Caninos no funcionales Derecho _____ Izquierdo _____

Mordida Abierta _____

Mordida Cruzada _____

Fracturas Dentarias _____

Sensibilidad Dentaria _____

Componente Lateral Derecha _____ Izquierda _____

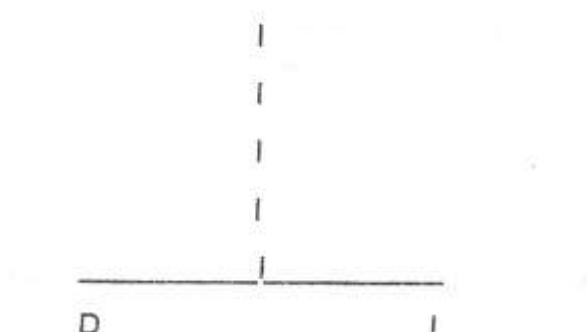
Espacio Libre _____ mm.

Dimensión Vertical Normal _____ Aumentada _____ Disminuida _____

Migración Apical de la Cresta Gingival _____

MOVIMIENTOS MANDIBULARES

Trayectoria de apertura y cierre



Imagenología de la ATM

Panorámica _____

Transcraneana _____

Tomografía Lineal _____

Tomografía Computarizada _____

Resonancia Magnética Nuclear _____

Otras _____

Interpretación

B.- Exámenes Serológicos _____

C.- Bloqueo Anestésico _____

Comentarios

ANÁLISIS DE LOS MODELOS MONTADOS EN EL ARTICULADOR

(El alumno debe hacer el montaje de los modelos correspondientes, en articulador semiajustable)

ESTÁTICO

Arcada Superior Simétrica _____ Asimétrica _____
Completa _____ Incompleta _____

Arcada Inferior Simétrica _____ Asimétrica _____
Completa _____ Incompleta _____

Dientes Ausentes _____
Migrados _____
Inclinados _____
Rotados _____
Extruidos _____
Rebordes Marginales Desiguales _____

FUNCIONAL

Inclinación Condilea Derecha _____ Izquierda _____

Guía Lateral Derecha _____ Izquierda _____

Posición de Relación Céntrica (RC)

Primer Contacto Dentario en RC _____

Deslizamiento Horizontal de RC-OC _____ mm.

Sobremordida Lateral (overbite) _____ mm.

Sobremordida Horizontal (overjet) _____ mm.

Posición de Oclusión Céntrica (OC)

Sobremordida vertical _____ mm.

Sobremordida horizontal _____ mm.

Dientes sin Contacto Oclusal _____

Movimientos de Lateralidad

Interferencia en el lado de Trabajo

Derecha _____ Izquierda _____

Interferencia en el lado de Balance

Derecha _____ Izquierda _____

Interferencia en Protusiva _____

MONTAJE Correcto _____ Incorrecto _____

FECHA

PROFESOR

FIRMA

NOTA

DIAGNÓSTICO

Oclusión Fisiológica _____

Hábito Parafuncional _____

Patología del Sistema Estomatognático: _____

Diagnóstico: _____

Comentarios

PLAN DE TRATAMIENTO SINTOMÁTICO

INMEDIATO

- Observación
- Calor Húmedo
- Limitación de Movimientos
- Entrenamiento Autógeno
- Ejercicios-Fisioterapia
- Dieta Blanda
- Desprogramador
- Medicación
- Spray (Enfriamiento)

Comentarios _____

FIRMA

NOTA

MEDIATO

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Biofeedback | <input type="checkbox"/> Férula Oclusal |
| <input type="checkbox"/> Tens | <input type="checkbox"/> Ultrasonido |
| <input type="checkbox"/> Psicoterapia | <input type="checkbox"/> Farmacoterapia |
| <input type="checkbox"/> Fisiátrico | <input type="checkbox"/> Tratamiento Dental |
| <input type="checkbox"/> Interconsulta | <input type="checkbox"/> Otros |

Comentarios:

PLAN DE TRATAMIENTO PARA LA FINALIZACIÓN DEL CASO

- | |
|--|
| <input type="checkbox"/> Ortodoncia |
| <input type="checkbox"/> Exodoncia Selectiva |
| <input type="checkbox"/> Cirugía Ortognática |
| <input type="checkbox"/> Desgaste Selectivo |
| <input type="checkbox"/> Tratamiento Periodontal |
| <input type="checkbox"/> Tratamiento Restaurador |
| <input type="checkbox"/> Tratamiento con Férulas Oclusales |

Comentarios:

FIRMA _____ NOTA _____

NOTA FINAL _____