

DOSPĚLÍ

PREVENCE ZUBNÍHO KAZU



DATUM:
JMÉNO PACIENTA:

FAKTORY PODPORUJÍCÍ VZNIK KAZU

Léky ovlivňující zdraví ústní dutiny Psychotropní léčiva, léky obsahující cukry, sirup apod.	<input checked="" type="checkbox"/> pokud ano	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Průtok slin	<input checked="" type="checkbox"/> Subjektivní xerostomie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input checked="" type="checkbox"/> Xerostomie se sníženou tvorbou slin (nestimulovaný průtok slin < 0.1 ml/min)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Krvácení při vyšetření	<input checked="" type="checkbox"/> ≥ 10%	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input checked="" type="checkbox"/> ≥ 50%	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Odhalené zubní krčky	<input checked="" type="checkbox"/> ≥ 2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input checked="" type="checkbox"/> ≥ 5	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Konzumace cukru	<input checked="" type="checkbox"/> ≥ 4x za den	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input checked="" type="checkbox"/> ≥ 6x za den	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bílé skvrny na sklovině / kavity / výplně v posledních 2 letech	<input checked="" type="checkbox"/> 1x	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input checked="" type="checkbox"/> 2x	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input checked="" type="checkbox"/> ≥ 3x	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Další speciální faktory	1x za faktor <input checked="" type="checkbox"/> Limitace pohybu ruky...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

FAKTORY ZABRAŇUJÍCÍ VZNIKU ZUBNÍHO KAZU

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1x / denně <input checked="" type="checkbox"/>	Používání fluoridované zubní pasty při ústní hygieně
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	≥ 2x / denně <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1x za den <input checked="" type="checkbox"/>	Fluoridové výplachy / vysoce fluoridovaná zubní pasta
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	≥ 2x za den <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1x za rok <input checked="" type="checkbox"/>	Odborná profylaxe
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2x za rok <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	≥ 3x za rok <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Náhrada slin s fluoridy, Xylitol, mezizubní kartáčky, zubní pasta s argininem <input checked="" type="checkbox"/> 1x za faktor	Další speciální opatření

CELKEM

OPATŘENÍ NA OMEZENÍ VZNIKU ZUBNÍCH KAZŮ:

Doporučte vždy, když je počet červených políček
vyšší než zelených.

S laskavým svolením Prof. med. dent. Adrian Lussi

