# Lesioni dentarie: Constatazioni

suva

La compilazione e l'invio non funzionano correttamente - Javascript disattivo!
Per l'elaborazione corretta è necessario Acrobat Reader con Javascript attivo.

Infortunio numero:

Data/hora del inf.:

**Impresa**

N. tel:

N. fax:

**Infortunato** Nome, cognome, Via, NPA località:

Sesso:

NAS / N. AVS:

Data di nascita:

**1. Dinamica dell'infortunio** Data della prima consulatazione:

**2. Dentatura al momento della prima consultazione**

cancellare i denti mancanti

| 18 | 17 | 16 | 15 | 14 | 13 | 12 | 11 | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 | 27 | 28 | ~~55~~ | ~~54~~ | ~~53~~ | ~~52~~ | ~~51~~ | ~~61~~ | ~~62~~ | ~~63~~ | ~~64~~ | ~~65~~ |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 48 | 47 | 46 | 45 | 44 | 43 | 42 | 41 | 31 | 32 | 33 | 34 | 35 | 36 | 37 | 38 | ~~85~~ | ~~84~~ | ~~83~~ | ~~82~~ | ~~81~~ | ~~71~~ | ~~72~~ | ~~73~~ | ~~74~~ | ~~75~~ |

**3. Danni dovuti a infortunio**

| | 8 | 7 | 6 | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 3.1.1 Denti lussati totalemente (persi) | 8 | 7 | 6 | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 |
| 3.1.2 Denti lussati (spostati) | 8 | 7 | 6 | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 |
| | 8 | 7 | 6 | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 |
| 3.1.3 Denti sublussati (vacillanti) | 8 | 7 | 6 | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 |
| | 8 | 7 | 6 | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 |
| 3.1.4 Denti contusi (picchiati) | 8 | 7 | 6 | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 |
| | 8 | 7 | 6 | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 |
| 3.1.5 Corona fratturata senza lesione della polpa | 8 | 7 | 6 | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 |
| | 8 | 7 | 6 | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 |
| 3.1.6 Corona fratturata con lesione della polpa | 8 | 7 | 6 | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 |
| | 8 | 7 | 6 | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 |
| 3.1.7 Radici fratturate | 8 | 7 | 6 | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 |
| | 8 | 7 | 6 | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 |

3.2 Ossa del mascellare o parti molli

3.3 Protesi, denti artificali, apparecchi ortodontici danneggiati (indicazioni esatte sul tipo di lavoro, risp. apparecchio, ed entità del danno)

© by suva, medforms.40.40.10.5090.it/V114

**4. Stato degli altri denti**

| | nessuno | sì | | (mascellare superiore o inferiore) (iscriverele cifre dello schema della dentatura) |
|---|---|---|---|---|
| 4.1 denti mancanti, non sostituiti..... | ◯ | ◯ | quali..... | 8 7 6 5 4 3 2 1 \| 1 2 3 4 5 6 7 8<br>8 7 6 5 4 3 2 1 \| 1 2 3 4 5 6 7 8 |
| 4.2 denti difettosi, non riparati..... | ◯ | ◯ | quali..... | 8 7 6 5 4 3 2 1 \| 1 2 3 4 5 6 7 8<br>8 7 6 5 4 3 2 1 \| 1 2 3 4 5 6 7 8 |
| 4.3 denti otturati..... | ◯ | ◯ | quali..... | 8 7 6 5 4 3 2 1 \| 1 2 3 4 5 6 7 8<br>8 7 6 5 4 3 2 1 \| 1 2 3 4 5 6 7 8 |
| 4.4 denti colpiti da parodontosi..... | ◯ | ◯ | quali..... | 8 7 6 5 4 3 2 1 \| 1 2 3 4 5 6 7 8<br>8 7 6 5 4 3 2 1 \| 1 2 3 4 5 6 7 8 |

4.5 Corone, ponti, protesi, apparecchio ortodontici (descrizione esatta del genere e dell'estensione della sostituzione, risp. dell'apparecchio)

**5. Misure immediate**

5.1 Misure diagnostiche con reperto (radiografie, prove della vitalità, mobilità, anche dei denti vicini e antagonisti)

5.2 Misure terapeutiche

**6. Proposte per il trattamento intermedio - evoluzione ulteriore probabile** (precisare i motivi)

- ☐ Osservazione necessaria durante almeno
- ☐ Cura ortod. resa necessaria o più complicata dall'inf. Riservata la consultazione di un spec. SSO in ortodonzia.
- ☐ Il trattamento definitivo potrà prob. essere pianificato solo dopo un periodo d'osservazione di

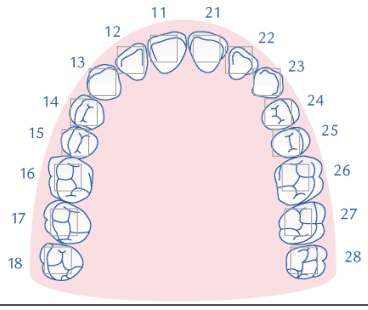
**7. Proposte per il trattamento definitvo** (ammesso che sia possibile al momento della stesura di questo rapporto)

**Se fosse desiderato un trattamento implantare la preghiamo di allegare al formulario la seguente documentazione: 2 radiografie bitewing, una foto intraorale del sito di impianto con vista della gengiva e una foto panoramica delle arcate dentarie chiuse.**

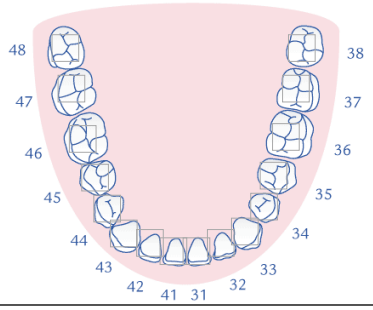
**8. Schema dei lavori proposti** (da riempire dal dentista)

**Le radiografie dei denti -dotate di nome, data e numero dei denti- sono da allegare al presente modulo.**

destra Mascellare superiore sinistra




destra Mascellare inferiore sinistra




Data: Dentista:

Firma: _____
superfluo per invio elettronico

GLN: RCC: Tel.:

**Invio elettronico**

Il pulsante «**Invia**» permette l'invio elettronico dei dati alla Suva.

**Campo aggiuntivo:**