



مرکز بهداشت و درمان محنت‌انست

فرم طرح سلامت دهان و دندان (شماره ۶)

نام مرکز بهداشتی درمانی: .....

نام و نام خانوادگی: شماره پرسنلی: بارنشسته  شاغل  محل کار .....

جنس: مذکر  مؤنث  تاریخ تولد ..... کد نسبت: .....

چارت دندانی

۵۵ ۵۴ ۵۳ ۵۲ ۵۱ ۶۱ ۶۲ ۶۳ ۶۴ ۶۵

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

۱۸ ۱۷ ۱۶ ۱۵ ۱۴ ۱۳ ۱۲ ۱۱ ۲۱ ۲۲ ۲۳ ۲۴ ۲۵ ۲۶ ۲۷ ۲۸


۴۸ ۴۷ ۴۶ ۴۵ ۴۴ ۴۳ ۴۲ ۴۱ ۳۱ ۳۲ ۳۳ ۳۴ ۳۵ ۳۶ ۳۷ ۳۸

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

۸۵ ۸۴ ۸۳ ۸۲ ۸۱ ۷۱ ۷۲ ۷۳ ۷۴ ۷۵

وضعیت سالم پوسیده ترمیم شده یا پوسیدگی ترمیم شده بدون پوسیدگی فقدان دندان پایه بریج یا روکش  
شیری A B C D E G  
دائمی ۰ ۱ ۲ ۳ ۴ ۷

اقدامات دندانپزشکی

نوع اقدام	تاریخ اقدام	انجام دهنده	تاریخ اقدام	انجام دهنده	تاریخ اقدام	انجام دهنده	تاریخ اقدام	انجام دهنده
آموزش								
بروساز هر دوفک								
فلورا پد تراپی دوفک								
جرمگیری کامل دوفک								
فیشر سیلانت دندان								

سابقه بیماری  قلبی  ریوی  دیابت  خونی  هپاتیت  کلبوی  تیروئید  فشار خون  آلرژی

وضعیت پرپودنتال	تاریخ	تاریخ	تاریخ	تاریخ	تاریخ	تاریخ	تاریخ	تاریخ
سالم								
وجود جرم								
ژئوپیت								
پرپودنتیت								

DMFT.....CPITN.....

نیازهای درمانی: .....

تاریخ	ترمیمی	درمان ریشه	جراحی فک	درمان های پرپودنتال	ارتودنسی	اطفال	پروتزهای دندانی	مشاوره پزشکی

مهر و امضاء دندانپزشک