

## استمارة تقييم المريض

تخطيط الأسنان

الفك العلوي

الفك السفلي

لا	نعم	معلومات صحة الفم للبالغين :
<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	هل تستفرغ بسهولة؟
<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	هل ترتدي طقم أسنان؟
<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	هل يعلق الطعام بين أسنانك؟
<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	هل تواجه صعوبة في مضغ الطعام؟
<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	هل تستخدم جهة واحدة فقط من فمك أثناء مضغ الطعام؟
<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	هل تنزف لثتك بسهولة؟
<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	هل تنزف لثتك عند استخدام خيط تنظيف الأسنان؟
<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	هل تشعر بأن لثتك منتفخة أو مؤلمة؟
<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	هل تعاني من حساسية الأسنان؟
<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	هل تستعمل أي مكملات غذائية (فيتامينات) تحتوي على الفلورايد؟
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	هل تفضل إبقاء أو المحافظة على أسنانك؟
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	هل تريد أن تكمل علاج أسنانك؟

لا	نعم	معلومات صحة الفم للأطفال :
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	هل يستخدم طفلك معجون أسنان يحتوي على الفلورايد؟
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	هل تساعد طفلك في تنظيف أسنانه؟
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	هل اختبر طفلك على علاج الأسنان من قبل؟
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	هل أصيب طفلك بتسوس الأسنان من قبل؟
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	هل يشكو طفلك من ألم الفم؟
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	هل يأخذ طفلك زجاجة الحليب إلى الفراش؟
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	هل يحب طفلك تناول أطعمة مثل الشوكولاتة والحلوى والوجبات الخفيفة؟
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	هل تنزف لثة طفلك بسهولة؟

الفتنة	صحي 0	تغيرات 1	غير صحي 2	النتيجة
الشفان	ناعمه، رطبه، وردية	جافة، مشفوفة، حمراء	تورم أو تقرح في الزوايا	
اللسان	عادي، رطب، وردي	مبغ، مشفى، محصر، مقط	مبغ مع احمرار وملتهب	
اللثة والأنسجة	ناعمه، رطبه، وردية	جافة، لامع، خشن، ملتهب من 1 إلى 6 أسنان	ملتهم، ينزف، احمرار عام	
اللعاب	انسجة رطبه ومبللة	انسجة جافة ومتلاصقة، لعاب قليل	انسجة مبقة، لا يوجد لعاب	
الأسنان	أسنان غير مسوسة أو مكسورة	من 1 إلى 3 تسوسات، سن واحد مكسور	4 تسوسيات أو أكثر، أكثر من سن مكسور	
طقم الأسنان	لا يوجد أي كسور	مكان واحد مكسور	أكثر من مكان مكسور	

لا	نعم	معلومات عن صحة مفصل الفك :
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	هل تضغط أو تطحن فكك بشكل مستمر؟
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	هل تشعر بتعب في فكك؟
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	هل يعلق فكك بحيث لا يمكنك فتحه بحرية؟
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	هل يؤلمك فكك عندما تمضغ أو عندما تفتح فمك لأخذ قضمه؟
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	هل تعاني من الألم في الأذن أو ألم أمام الأذنين؟
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	هل تعاني من صداع الفك عند الاستيقاظ في الصباح؟
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	هل تشعر أن ألم الفك يسبب عدم راحة أو إحباط؟
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	هل أنت مصاب بأي مشاكل في مفصل الفك؟
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	هل تعاني من ألم في الوجه، الخدين، الفكين، المفاصل، أو الحلق؟
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	هل أنت غير قادر على فتح فمك بقدر ما تريد؟
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	هل أنت على علم بوجود عضة غير مريحة؟
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	هل تعرض فمك لضربة أو صدمة من قبل؟
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	هل أنت معتاد على مضغ العلكة أو على تدخين الغليون؟

## تقييم أخطار السقوط

خطر السقوط

Dr. Pratik Premjani  
Specialist Orthodontics  
DHA-00058483-003  
DENTISTREE DENTAL CLINIC

لا	نعم	النقاط	السقوط امر شائع عند الأشخاص من العمر 60 عاما أو أكبر :
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2	هل سقطت في السنوات الماضية؟
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2	هل تستخدم أو تنصح باستخدام عصا أو مشاية؟
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1	هل تفقد التوازن أثناء المشي؟
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1	هل تقلق من السقوط؟
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1	هل تستخدم ذراعيك للوقوف من على الكرسي؟
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1	هل تجد صعوبة في صعود السلم؟
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1	هل تتأرجح عندما تقف ثابت؟
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1	هل تتخذ خطوة قصيرة وضيقة أثناء المشي؟
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1	هل تتعثر كثيرا أو تنظر الى الأرض عند المشي؟
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1	هل تضطر كثيرا للذهاب الى المرحاض سريعا؟
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1	هل فقدت الإحساس في كتلتك قدميك أو أحدهما؟
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1	هل تتناول أي دواء ليشرك بالدوار أو النعاس؟
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	14	مجممل النقاط

ختم طبيب الأسنان :

فيلا رقم ٤، شارع ٤٧، مردف، دبي، الإمارات العربية المتحدة.

التاريخ : 02/01/2024