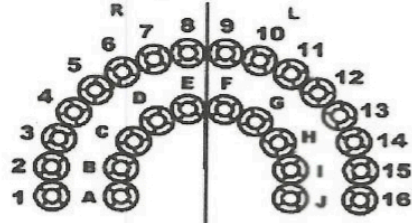


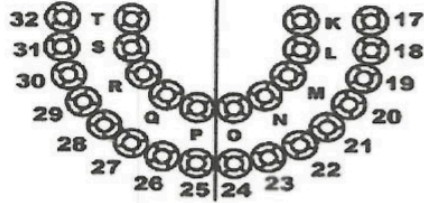
استمارة تقييم المريض

تخطيط الأسنان

الفك العلوي



الفك السفلي



معلومات صحة الفم للبالغين :

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

معلومات صحة الفم للأطفال :

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

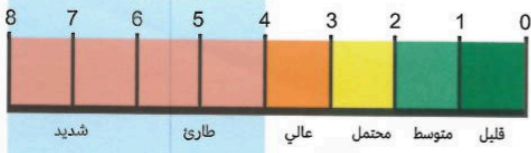
معلومات عن صحة مفصل الفك :

نعم	لا	
<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 تضغ أو عندما تفتح فمك لأخذ قضمه؟
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	هل تعاني من ألم 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؟

الفئة	صحي 0	تغيرات 1	غير صحي 2	النتيجة
الشفتان	ناعمه، رطبه، وردية	جافة، مشقوفة، حمراء	تورم أو تفرح في الزوايا	
اللسان	عادي، رطب، وردي	مبغ، مشقق، ممحمر	مبغع مع احمرار وملتهب	
اللثة والأنسجة	ناعمه، رطبه، وردية	جاف، لامع، خشن، ملتهب من 1 إلى 6 أسنان	ملتهب، بنزف، احمرار عام	
اللغاب	أنسجة رطبه ومبللة	أنسجة جافة ومتلاصقة، لغاب قليل	أنسجة مبغ، لا يوجد لغاب	
الأسنان	أسنان غير مسوسة أو مكسورة	من 1 إلى 3 تسوسات، سن واحد مكسور	4 تسوسات أو أكثر، سن مكسور	
طقم الأسنان	لا يوجد أي كسور	مكان واحد مكسور	أكثر من مكان مكسور	

تقييم أخطار السقوط

خطر السقوط



السقوط امر شائع عند الأشخاص من العمر 60 عاما أو أكبر :

نقاط	نعم	لا	
2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	هل سقطت في السنوات الماضية؟
2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	هل تستخدم أو تنصح باستخدام عصا أو مشاية؟
1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	هل تفقد التوازن أثناء المشي؟
1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	هل تعلق من السقوط؟
1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	هل تستخدم ذراعيك للوقوف من على الكرسي؟
1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	هل تجد صعوبة في صعود السلم؟
1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	هل تتأرجح عندما تقف ثابت؟
1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	هل تتخذ خطوة قصيرة وضيقة أثناء المشي؟
1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	هل تتعثر كثيرا أو تنظر الى الأرض عند المشي؟
1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	هل تضطر كثيرا للذهاب الى المرحاض سريعا؟
1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	هل فقدت الإحساس في كلتا قدميك أو أحدهما؟
1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	هل تتناول أي دواء ليشعرك بالدوار أو النعاس؟
14	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
			مجمل النقاط

Dr. Pratik : ختم طبيب الأسنان

30/07/2023 : التاريخ

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