

AGORÀ PENITENZIARIA 2016

Congresso Nazionale degli Operatori Sanitari Penitenziari



Roma
14-16 settembre 2016

Istituto Superiore di Sanità,
Viale Regina Elena 299, Roma

www.agorapenitenziaria.it

Organizzato da



Mario Zanotti

Niccolò Cea

Resoconto del Corso Precongressuale

Assistenza Infermieristica nell'Ambulatorio Odontoiatrico

- ◆ Odontoiatria Conservativa
- ◆ Endodonzia
- ◆ Infezioni crociate
- ◆ Premesse normative
- ◆ Cartella Clinica Odontoiatrica

Diario Clinico Odontoiatrico

- ◆ Diario clinico del paziente-detenuto e non cartella clinica. Non è una cartella clinica territoriale.
- ◆ Registro ambulatoriale (SAI)
- ◆ Manca un diario clinico odontoiatrico cartaceo, tantomeno elettronico.
- ◆ Manca la storia odontoiatrica del paziente le abitudini alimentari e la cronologia delle cure.

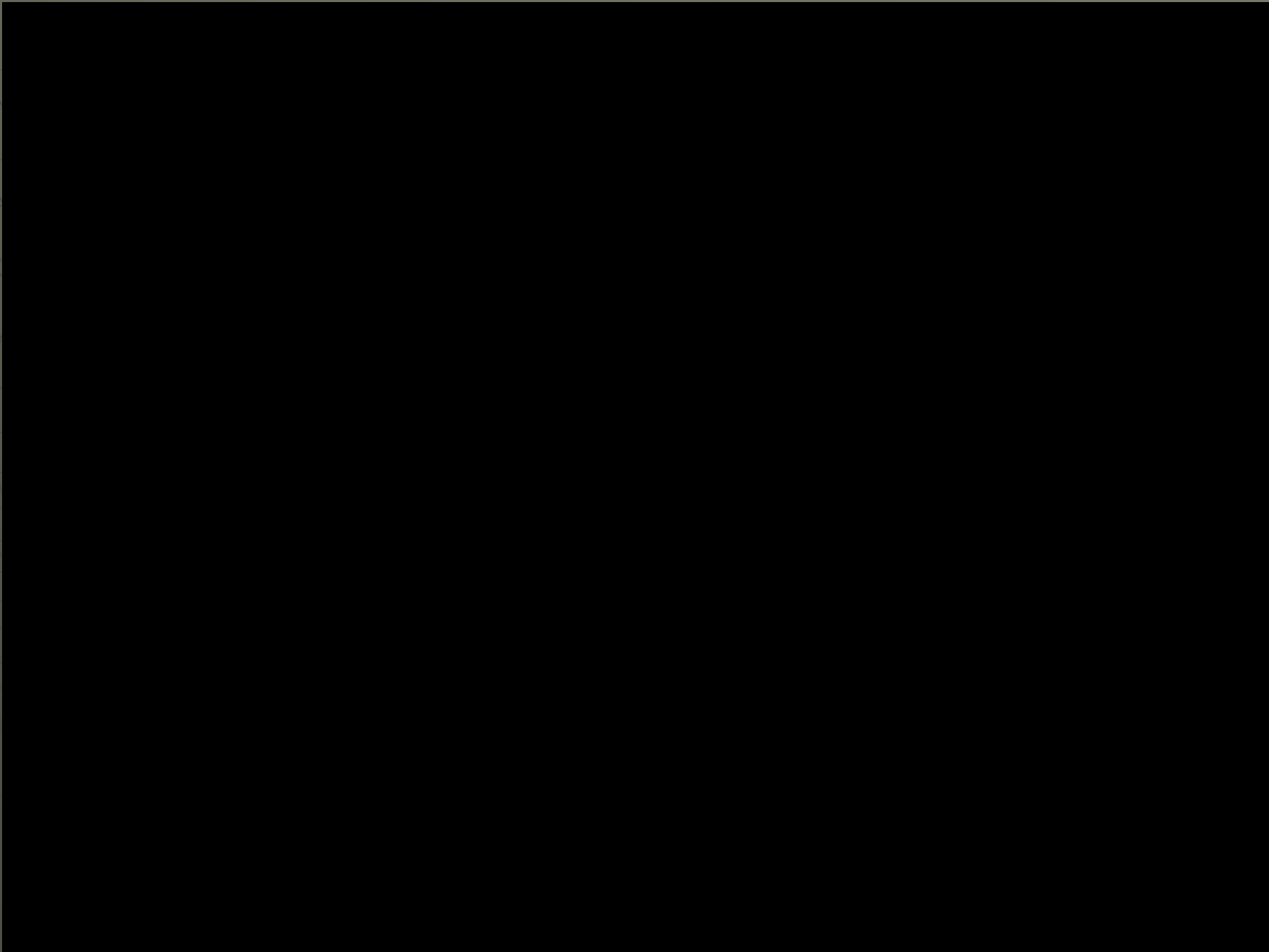
Diario Clinico Odontoiatrico

- ◆ Progetto di diario clinico odontoiatrico da utilizzare presso tutti gli ambulatori odontoiatrici penitenziari.
- ◆ N T O (Necessità di Trattamento Odontoiatrico)
- ◆ Essenziale (visita e piano di cura, neoplasie orali, diario cronologico, implementabile con moduli singoli)

Diario clinico odontoiatrico

Il diario clinico di “base” può essere implementato con moduli aggiuntivi:

- ◆ -modulo parodontale
 - ◆ -modulo traumatologia dentale
 - ◆ -modulo gnatologia
 - ◆ -modulo ortodonzia
- ecc.....



DIARIO CLINICO ODONTOIATRICO

DATI ANAGRAFICO-ANAMNESTICI

Necessità di trattamento odontoiatrico (score NTO) ☐ 0 (nessuno) 1 (lieve) 2 (grave) 3 (urgente)
Competenza del Medico (nuovi giunti)

Cognome _____ Nome _____ Data prima visita _____

Competenza Odontoiatra

Anamnesi medica

Malattie dell'apparato circolatorio

- ☐ Cardiopatie
- ☐ Coagulopatie
- ☐ Ipertensione

Malattie respiratorie:

- ☐ Asma
- ☐ Broncopneumopatie

Malattie del sistema nervoso: _____

Malattie dei reni _____

Malattie endocrine:

- ☐ Deficit di TSH
- ☐ Diabete
- ☐ Altro _____

Allergie

- ☐ Antibiotici / FANS
- ☐ Alimenti
- ☐ Altro _____

Malattie dell'apparato digerente: _____

Malattie infettive:

- ☐ Epatite A B C D
- ☐ AIDS/HIV
- ☐ TBC
- ☐ LUE

Anamnesi odontoiatrica

Precedenti esperienze odontoiatriche: si no

Fluoroprofilassi: sistemica/topica/nessuna

Pregresse patologie: dolore/gonfiore/traumi

Quante volte spazzola di denti al giorno ☐

Farmaci assunti: _____

Anticoagulanti Coumadin Eparina

Antiaggreganti Piastrinici
(aspirinetta, Ticlopidina ecc.)

Abitudini alimentari

- Preferisce dolce ☐
- Preferisce salato ☐
- Beve acqua dell'acquedotto ☐
- Beve acque minerali ☐
- Beve acque gassate ☐
- Beve succhi di frutta ☐
- Beve bibite dolci/gassate ☐

DIARIO CLINICO ODONTOIATRICO

DATI ANAGRAFICO-ANAMNESTICI

Necessità di trattamento odontoiatrico (score NTO) ☐ 0 (nessuno) 1 (lieve) 2 (grave) 3 (urgente)
Competenza del Medico (nuovi giunti)

Cognome _____ Nome _____ Data _____

Competenza Odontoiatra

Anamnesi medica

Malattie dell'arto

Malattie dell'apparato digerente: si no
Farmaci assunti: Anticoagulanti Coumadin Eparina
Antiaggreganti Piastrinici (aspirinetta, Ticlopidina ecc.)
Abitudini alimentari: Preferisce dolce Preferisce salato
Beve acqua dell'acquedotto Beve acque minerali Beve acque gassate Beve succhi di frutta Beve bibite dolci/gassate

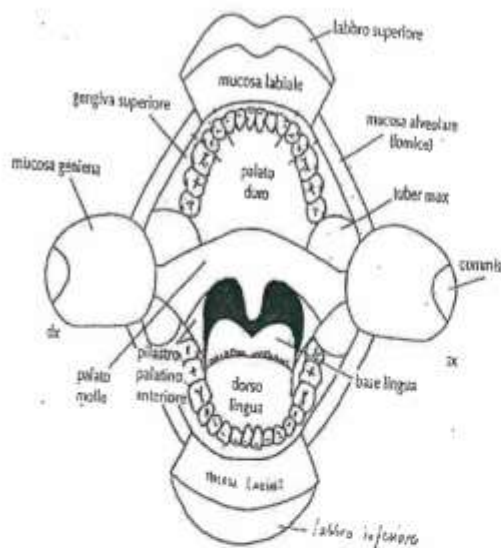
Deficit di TSH
Diabete
Altro

Allergie: Antibiotici / FANS
Alimenti
Altro

Malattie dell'apparato digerente:

Malattie infettive: Epatite A B C D
AIDS/HIV
TBC
LUE

VALUTAZIONE DIAGNOSTICA DELLE PRECANCEROSI E DEI TUMORI ORALI



Lesione presente da

Localizzazione

Esame biotico

- Data
- Diagnosi Presunta
- Diagnosi definitiva

Aspetto clinico della lesione

Distribuzione

☐ Singola

☐ Multipla

☐ Localizzata ad un settore

☐ Generalizzata

Dimensioni (mm)

Lung.

Largh.

H.

Morfologia

☐ Lesione in rilievo

☐ Lesione ulcerata-erosiva

☐ Macchia

Colore

☐ Normale

☐ Bianco

☐ Rosso-blu

☐ Nera

Consistenza

☐ Normale

☐ Aumentata

Dolore

☐ Spontaneo

☐ Provocato

Linfonodi

☐ no

☐ si

☐ fissi

☐ mobili

ESAME ODONTOIATRICO INTRAORALE

1	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	2
4	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	3

Elementi dentari assenti in arcata ■				
Consiglio terapeutico	① carie	② endodonzia	③ estrazione	④ copertura protesica

Esami radiografici:

- Ortopantomografia arcate dentarie
- Teleradiografia del cranio in Latero Laterale
- Teleradiografia del cranio in Postero Anteriore

Modelli di Studio

[illegible][illegible]

Modulo aggiuntivo

SCHEDA VALUTAZIONE TRAUMI DENTALI

ELEMENTI GENERALI

DATA E LUOGO DEL TRAUMA.....

CIRCOSTANZA IN CUI E' AVVENUTO IL TRAUMA.....

TEMPO TRASCORSO E MODALITA' DI CONSERVAZIONE DEL DENTE O FRAMMENTO DI DENTE.....

TRAUMI PRECEDENTI (elementi dentari coinvolti e terapia).....

VACCINAZIONE ATTETANICA.....

SINTOMATOLOGIA GENERALE POST-TRAUMA

CEFALEA NAUSEA VERTIGINE VOMITO AMNESIA RETROGRADA

PERDITA DI COSCIENZA DIPLOPIA ALTRO.....

SINTOMATOLOGIA PERIORALE E ORALE

LATERODEVIAZIONI MANDIBOLARE

LESIONE DEI TESSUTI MOLLI: CONTUSIONE ABRASIONE LACERAZIONE

ELEMENTI DENTALI COINVOLTI E LORO MOBILITA' (I II III GRADO).....

LESIONE DENTALE RINCONTRATA

FRATTURA CORONALE NON COMPLICATA DI.....

FRATTURA CORONALE COMPLICATA DI.....

FRATTURA CORONO-RADICOLARE DI.....

FRATTURA RADICOLARE DI.....

FRATTURA ALVEOLARE DI.....

CONSEGUENZA DEL TRAUMA

CONCUSSIONE DI.....

SUBLUSSAZIONE DI.....

LUSSAZIONE INTRUSIVA DI.....

LUSSAZIONE INTRUSIVA (parziale / totale) DI.....

LUSSAZIONE LATERALE DI.....

AVULSIONE CON APICE CHIUSO DI.....

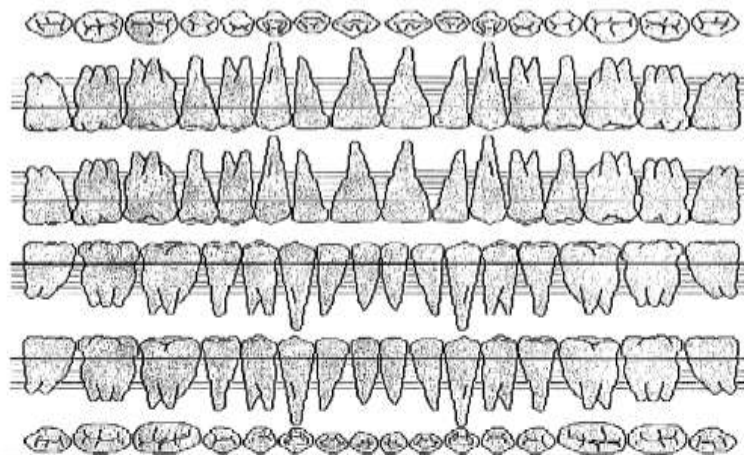
AVULSIONE CON APICE APERTO DI.....

PROGNOSI

FAVOREVOLE SI/FAVOREVOLE

Modulo aggiuntivo

SCHEDA DI VALUTAZIONE PARADONTALE



	23/02/2009	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
Vest.	Sondaggio																
Sup.	Recessione																
	Placca																
Ling.	Sondaggio																
Sup.	Recessione																
	Placca																
		48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38
Ling. Inf.	Sondaggio																
	Recessione																
	Placca																
Vest. Inf.	Sondaggio																
	Recessione																
	Placca																

Indice di Sanguinamento				Indice di Placca		
Data	Superiore	Inferiore	Totale	Superiore	Inferiore	Totale
23/02/2009						

Modulo aggiuntivo

SCHEDA DI VALUTAZIONE GNATOLOGICA

ELEMENTI GENERALI ANAMNESTICI

SERRAMENTO BRUXISMO

MAL DI TESTA DOLORI CERVICALI.....

RUMORI ALL'ARTICOLAZIONE TEMPORO-MANDIBOLARE.....

SENSAZIONE AL RISVEGLIO DI DENTI E/O MASCELLARI STANCHI E DOLENTI.....

DOLORE ALL'ARTICOLAZIONE TEMPORO-MANDIBOLARE.....

DOLORE FACCIALE VICINO ALLE ORECCHIE.....

PREFERENZA DI MASTICAZIONE DX..... SX..... BILAT.....

CLASSE DI ANGLE

SEMEIOTICA GNATOLOGICA

APERTURA MAX DELLA BOCCA	mm.....	APERTURA FORZATA	mm.....
LATERO DEVIAZIONE IN APERTURA	DX mm.....	SX mm.....	
PALPAZIONE ATM	DX.....	SX.....	
PALPAZIONE M. PTERIGOIDEO EXT	DX.....	SX.....	
PALPAZIONE M. PTERIGOIDEO INT.	DX.....	SX.....	
PALPAZIONE M. MASSETTERE	DX.....	SX.....	
PALPAZIONE M. TEMPORALE	DX.....	SX.....	
PALPAZIONE M. PAVIMENTO ORALE	DX.....	SX.....	
PALPAZIONE M. STERNOCLEIDOMASTOIDEO	DX.....	SX.....	
PALPAZIONE M. NUCALI	DX.....	SX.....	

GRADAZIONE DOLORE SPONTANEO DA 0 (nessun dolore) A 5 (massimo dolore)

GRADAZIONE DOLORE EVOCATO ALLA PALPAZIONE DA 0 (nessun dolore) A 5 (massimo dolore)

Modulo aggiuntivo

VALUTAZIONE ORTODONTICA

8 7 6 5 4 3 2 1	1 2 3 4 5 6 7 8
E D C B A	A B C D E
E D C B A	A B C D E
8 7 6 5 4 3 2 1	1 2 3 4 5 6 7 8

Denti: soprannumerari, agenesie, ectopie, ecc.

Palato ogivale: ... sì no

Linea mediana:

- Centrata
- Deviata in superiore di ... mm verso
- Deviata in inferiore di ... mm verso
- Deviazione funzionale: ... sì no

Precontatti:

Classe molare: dx. ... sx

Classe canina: dx. ... sx

OVJ: ... mm

QVB: ... mm

Morso crociato: DX SX DIL

Inclivi inf. linguizzati: sì no

Frenuli:

Nicchie linguali/morsicatura guance

Faccette di usura:

Funzioni Anomale e Abitudini viziate

Deglutizione atipica: sì no

Dislalie: sì no

Bruxismo: sì no

Succhiamento labbro: sì no

Succhiamento dito: sì no

Postura bassa della lingua: sì no

Onicofagia: sì no

Interposizione del labbro: sì no

Succhiamento ciuccio: sì no

Morsicatura oggetti: sì no

Vie aeree superiori e nasofaringee

Problemi respiratori: sì no

Atonia velare: sì no

Adenoidi: presenti / rimosse / ipertrofiche

Postura bocca di giorno: aperta / chiusa

Otiti ricorrenti: sì no

Altro: _____

Allergie: _____

Tonsille: presenti / rimosse / ipertrofiche

Russamento notturno: sì no

Postura bocca di notte: aperta / chiusa

Facies adenoides: sì no

Si consiglia ORL: sì no

Foniatra: sì no

Trattamento Logopedico: sì no



Grazie

Mario Zanotti // mario55zanotti@gmail.com

Niccolò Cea // nicea88@libero.it