

## Formularz oceny ryzyka próchnicy CAMBRA (wiek 0-6l)

Dane pacjenta:  
 Imię i nazwisko:  
 Data urodzenia:  
 Wiek:

Data:  
 Podpis:

	Niskie ryzyko	Średnie ryzyko	Wysokie ryzyko
<b>Warunki przyczyniające się:</b>	<b>Proszę zaznaczyć</b>		
Profilaktyka fluorkowa (poprzez picie wody, suplementy, lakierowanie w gabinecie, pasta do zębów)	Tak <input type="checkbox"/>	Nie <input type="checkbox"/>	
Słodkie napoje lub żywność zawierająca cukier ( soki, napoje nie/gazowane, napoje energetyczne, syropy lecznicze)	Głównie podczas posiłków  <input type="checkbox"/>	Często lub między posiłkami  <input type="checkbox"/>	Butelka lub łyk czegokolwiek innego niż woda przed snaniem  <input type="checkbox"/>
Dostęp do ubezpieczenia	Tak <input type="checkbox"/>		Nie <input type="checkbox"/>
Próchnica w rodzinie: Rodzice, opiekunowie, rodzeństwo.	Brak zmian próchnicznych w ciągu ostatnich 24 miesięcy  <input type="checkbox"/>	Zmiany próchniczne w przeciągu ostatnich 7-23 miesięcy  <input type="checkbox"/>	Zmiany próchniczne w przeciągu ostatnich 6 miesięcy  <input type="checkbox"/>
Czy pacjent regularnie odwiedza gabinet dentystyczny?	Tak <input type="checkbox"/>	Nie <input type="checkbox"/>	
<b>Ogólne warunki zdrowotne</b>	<b>Proszę zaznaczyć</b>		
Specjalna opieka zdrowotna ( fizyczna bądź umysłowa niepełnosprawność, która uniemożliwia dbanie o higienę jamy ustnej )	Nie <input type="checkbox"/>		Tak <input type="checkbox"/>
<b>Warunki kliniczne</b>	<b>Proszę zaznaczyć</b>		
Uzupełnienia kompozytowe/ zmiany próchnicowe widoczne na szkliwie	Brak nowych zmian próchnicowych bądź odbudowy Kompozytowej w przeciągu ostatnich 24 miesięcy  <input type="checkbox"/>		Zmiany próchnicowe bądź odbudowa kompozytowa w przeciągu ostatnich 24 miesięcy  <input type="checkbox"/>

## Formularz oceny ryzyka próchnicy CAMBRA (wiek 0-6l)

Dane pacjenta:  
Imię i nazwisko:  
Data urodzenia:  
Wiek:

Data:  
Podpis:

Zmiany próchnicowe	Brak zmian w ciągu ostatnich 24 miesięcy <input type="checkbox"/>		Nowe zmiany w ciągu ostatnich 24 miesięcy <input type="checkbox"/>
Utrata zębów z powody próchnicy	<input type="checkbox"/> Nie		<input type="checkbox"/> Tak
Widoczny kamień nazębny	<input type="checkbox"/> Nie	<input type="checkbox"/> Tak	
Aparat ortodontyczny /Szyny	<input type="checkbox"/> Nie	<input type="checkbox"/> Tak	
Wydzielani śliny	Wzrokowo widoczne <input type="checkbox"/>		Wzrokowo niewidoczne <input type="checkbox"/>

Ocena ryzyka

Niskie

Średnie

Wysokie