



ENDODONTİ ANABİLİM DALI ANAMNEZ FORMU



| Kodu HB.FR.86 | Yayın Tarihi 29.12.2017 | Revizyon No 1 | Revizyon Tarihi 23.05.2024 | Sayfa No/Sayfa Sayısı 1/1 | | | | | | | | | | | | | | | | |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------|-------------------------------------|----------------------|---------------|--------------|----|--|--|----|--|--|----|--|--|--|--|--|--|
| a) Hasta adı : Doktor Adı: Tarih:/...../..... Cins, Yaşı : T.C. : Adres : Telefon GSM : İş veya Ev: | | k) Isı testi değerlendirilmesi: Soğuk: NSI <input type="checkbox"/> Aşırı Hassas <input type="checkbox"/> Değişmiyor <input type="checkbox"/> Rahatlıyor <input type="checkbox"/> Cevap Yok <input type="checkbox"/> Sıcak: NSI <input type="checkbox"/> Aşırı Hassas <input type="checkbox"/> Değişmiyor <input type="checkbox"/> Rahatlıyor <input type="checkbox"/> Cevap Yok <input type="checkbox"/> l) Elektrikli pulpa testi: Diş No: <table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table> Verdiği cevap: <table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table> | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| b) Tıbbi hikayesi ve buna bağlı olarak tedavi komplikasyonu olup olmadığı Var: <input type="checkbox"/> Yok: <input type="checkbox"/> Modifikasyonu : Sebebi : | | m) Radyografik değerlendirme: Kök kanal sistemi Kanal sayısı: 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> Kalsifikasyon: Kısmi <input type="checkbox"/> Komple <input type="checkbox"/> Pulpa taşı <input type="checkbox"/> Rezopsiyon: İnternal <input type="checkbox"/> Eksternal <input type="checkbox"/> Kırık: <input type="checkbox"/> Kök <input type="checkbox"/> Periodontal Lig. Aralığı: Normal <input type="checkbox"/> Genişlemiş <input type="checkbox"/> Bölgesi: Lamina dura: Sürekli <input type="checkbox"/> Kesik <input type="checkbox"/> Bölgesi: Radyolusensi: Sınırlı <input type="checkbox"/> Yaygın <input type="checkbox"/> Çapı mm Bölgesi: Radyoopasite: Sınırlı <input type="checkbox"/> Yaygın <input type="checkbox"/> Çapı mm Bölgesi: | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| c) Hastanın mevcut şikayeti:..... | | n) Klinik teşhis: Pulpa: Normal <input type="checkbox"/> Periradiküler: Normal <input type="checkbox"/> Anormal <input type="checkbox"/> Anormal <input type="checkbox"/> Hiperemi <input type="checkbox"/> Akut apikal periodontitis <input type="checkbox"/> Akut pulpitis <input type="checkbox"/> Akut apikal apse <input type="checkbox"/> Kronik pulpitis <input type="checkbox"/> Kronik apikal periodontitis <input type="checkbox"/> Nekroz <input type="checkbox"/> Kronik apikal periodontitis'in akut eksserbasyonu <input type="checkbox"/> Diğer:..... Diğer:..... | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| d) Dişin şuna kadar ki restoratif ve travmatik hikayesi:..... | | o) Endodonti tedavinin nede Patolojik: <input type="checkbox"/> Restoratif: <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| e) Mevcut ağrı: Var <input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/> Başlangıç : Keskin <input type="checkbox"/> Künt <input type="checkbox"/> Nabızsal <input type="checkbox"/> Aralıklı <input type="checkbox"/> Devamlı <input type="checkbox"/> Yansıma : Yaygın <input type="checkbox"/> Var <input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/> Şiddeti : Hafif <input type="checkbox"/> Orta <input type="checkbox"/> Şiddetli <input type="checkbox"/> Spontan Ağrı : Var <input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/> Ağrı şunlarla başlatılabilir Sıcak <input type="checkbox"/> Soğuk <input type="checkbox"/> Çiğneme <input type="checkbox"/> Diğer: Ağrı şunlarla başlatılabilir Sıcak <input type="checkbox"/> Soğuk <input type="checkbox"/> Çiğneme <input type="checkbox"/> Ağrı şunlarla başlatılabilir Sıcak <input type="checkbox"/> Soğuk <input type="checkbox"/> Çiğneme <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| f) Önceki Ağrı:..... | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| g) Yumuşak Dokular: Şişlik Bölgesi:..... Karakteristiği:..... Diş: Renklenme <input type="checkbox"/> Kırık <input type="checkbox"/> Çürük <input type="checkbox"/> Restorasyonlar <input type="checkbox"/> Aşınma <input type="checkbox"/> Tipi:..... | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| h) Palpasyon Hassasiyet: Apikal <input type="checkbox"/> Orta üçlü <input type="checkbox"/> Servikal <input type="checkbox"/> Diğer:..... Lenf nodülleri Normal <input type="checkbox"/> Anormal <input type="checkbox"/> Karakteri <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| i) Perküsyon hassasiyeti NSI <input type="checkbox"/> Hafif <input type="checkbox"/> Orta <input type="checkbox"/> Şiddetli <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| j) Mobilite Normal <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> Ankiloz <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | NOT: | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | <table border="1"><thead><tr><th>Seans sayısı (Tarih)</th><th>Yapılan İşlem</th><th>Sorumlu İmza</th></tr></thead><tbody><tr><td>1)</td><td></td><td></td></tr><tr><td>2)</td><td></td><td></td></tr><tr><td>3)</td><td></td><td></td></tr></tbody></table> | | | Seans sayısı (Tarih) | Yapılan İşlem | Sorumlu İmza | 1) | | | 2) | | | 3) | | | | | | |
| Seans sayısı (Tarih) | Yapılan İşlem | Sorumlu İmza | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 3) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |