



## Dental Travma Hasta Takip Formu

Hastanın	
T.C Kimlik No:	Yaşı:
Adı:	Cinsiyeti: Kadın <input type="checkbox"/> Erkek <input type="checkbox"/>
Soyadı:	
Yaralanma Tarihi: __ / __ / ____	Kontrol Tarihi: __ / __ / ____

Yaralanma tipi = Modifiye Eden Baysal Dental Travma İndeksi:

.....  
.....

### Takip Randevusuna Ait Klinik Bulgular

Diş No	Diş Rengi				Dişeti		Vestibül Mukoza		Mobilite			Perküsyon			Vitalite
	Normal	Sarı	Pembe	Gri	Çekilme	Cep	Fistül	Apse	1 mm	3 mm	4 mm+	Ankiloz	Ağrı	Normal	

### Uygulanan Tedaviye Ait Radyografik Bulgular

Diş No	Restorasyon	Endodontik Tedavi Amputasyon			Endodontik Tedavi Kanal			Endodontik Tedavi Apeksifikasyon			Kök Gelişim Durumu		Kemik Patolojisi Lezyon	
		Yok	Başarılı	Başarısız	Yok	Başarılı	Başarısız	Yok	Başarılı	Başarısız	Matür	Devam Ediyor	Var	Yok

**Not:** T.C. Sağlık Bakanlığı, Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü'nün Yayımladığı  
**Dental Travma Klinik Protokol'ü Ek'idir.**