



Dental Travma Kayıt Formu

Hastanın ↓	Travma Nedeni ↓
T.C Kimlik No :	Düşme : <input type="checkbox"/>
Adı :	Trafik Kazası : <input type="checkbox"/>
Soyadı :	Darp : <input type="checkbox"/>
Yaşı :	Sert-Kabuklu Yiyecek : <input type="checkbox"/>
Cinsiyet : Kadın <input type="checkbox"/> Erkek <input type="checkbox"/>	Diğer : <input type="checkbox"/>
Adli Vaka Kaydı Yapıldı mı? Evet <input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/>	

Yaralanma Tarihi : __ / __ / ____	Muayene Tarihi : __ / __ / ____
Yaralanma Saati : ____ : ____	

Yaralanma ile ilgili bilgileri Tablo 1'e göre kodlayınız.

<p>Kırık hatlarını şekil üzerinde gösteriniz.</p>

Diş No	Kron Kırığı	Kök Kırığı	Lüksasyon	Kök Gelişimi	Alveol Kemigi

Her bir etkilenen diş için yukarıdaki tabloya diş numarası yazıldıktan sonra ilgili sütuna aşağıdaki tabloda yer alan kodlar içinden uygun olan seçilerek yazılmalıdır.

Kron Kırığı	Kök Kırığı	Lüksasyon Yaralanması	Kök Gelişimi	Alveol Kemikte Kırık
0. Yok	0. Yok	Y. Yok	(i) immatür	(+) Var
1. Mine Kırığı	1. Apikal Üçlü	K. Konkuzyon	(m) matür	(-) Yok
2. Mine + Dentin Kırığı	2. Orta Üçlü	S. Sublüksasyon	(r) rezorbsiyon	
3. Komplike Kron Kırığı	3. Servikal Üçlü	E. Ekstrüzyon		
4. Kron-Kök Kırığı		L. Lateral Lüksasyon		
5. Komplike Kron Kök Kırığı		İ. İntrüzyon		
		A. Avülsiyon		



Yumuşak Doku yaralanmasını işaretleyiniz.

- | | | |
|-------|--|--|
| 0 Yok | 1 Cilt/Dudak Abrazyonu (Doku sıyrılması) | 5 Dişeti Abrazyonu (Doku sıyrılması) |
| | 2 Cilt/Dudak Laserasyonu (Doku yırtılması) | 6 Dişeti Laserasyonu (Doku yırtılması) |
| | 3 Cilt/Dudak Kontüzyonu (Doku berelenmesi) | 7 Dişeti Kontüzyonu (Doku berelenmesi) |
| | 4 Cilt/Dudak Avülsiyonu (Doku kopması) | 8 Dişeti Avülsiyonu (Doku kopması) |

Not: Birden fazla seçenek işaretlenebilir.

Tetanoz Aşısı Var mı?	<input type="checkbox"/> Aşılı	<input type="checkbox"/> Aşısız/Önerildi
Antibiyotik?	<input type="checkbox"/> Başlanmadı	<input type="checkbox"/> Başlandı
Röntgen Alındı mı?	<input type="checkbox"/> Evet	<input type="checkbox"/> Hayır

Ek Kronik Hastalık	Kullandığı İlaçlar
<input type="checkbox"/> Kalp Hastalığı	
<input type="checkbox"/> Diyabet	
<input type="checkbox"/> Hipertansiyon	
<input type="checkbox"/> Alerji	
<input type="checkbox"/> Diğer	
Uygulanan Tedaviyi Kısaca Yazınız	
<input type="checkbox"/> Restoratif	
<input type="checkbox"/> Endodonti	
<input type="checkbox"/> Cerrahi	
<input type="checkbox"/> Splint	
<input type="checkbox"/> Diğer	
<input type="checkbox"/> Sevk Edildi	Sevk Edildiği Kurum:
<input type="checkbox"/> Hasta Tedaviyi Reddetti	Tedaviyi Reddeden Hastanın Adı-Soyadı/İmza

Formu Dolduran Hekim
İmza/Kaşe