# DEEL 1: in te vullen tijdens 1ste zittijd (trauma zittijd)

|  |  |
| --- | --- |
| ALGEMENE PATIËNTGEGEVENS |  |
| **Naam** | …………………………………………………………………………………………………………………………….. |
| Geboortedatum | …......../............/............... |
| Datum trauma | …......../............/............... |
| Geslacht | O M  O V  O X |
| Hoe is de mondhygiëne? | O Goed  O Matig met ruimte voor verbetering  O Slecht |

|  |  |
| --- | --- |
| Etiologie van trauma  (bv. Val, sport...) | ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………… |
| Tandnummer van geavulseerd(e) element(en)  (per geavulseerd element een veld invullen a.u.b.; de structuur wordt hieronder behouden) | |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | Tandnummer 1:  …………………….. | Tandnummer 2:  ………………………… | Tandnummer 3:  ………………………… | Tandnummer 4:  ………………………… | |
| Eerder trauma op dit gebitselement? | |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | O Ja  O Nee | O Ja  O Nee | O Ja  O Nee | O Ja  O Nee |   Indien ergens **ja**, welk trauma en wanneer? (vermeld duidelijk welke tand)  ........................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................... |
| Eerdere restauraties op dit gebitselement? | |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | O Ja  O Nee | O Ja  O Nee | O Ja  O Nee | O Ja  O Nee | |
| Stadium van de wortelontwikkeling op moment van trauma? | |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | O stadium 1  O stadium 2  O stadium 3  O stadium 4  O stadium 5 | O stadium 1  O stadium 2  O stadium 3  O stadium 4  O stadium 5 | O stadium 1  O stadium 2  O stadium 3  O stadium 4  O stadium 5 | O stadium 1  O stadium 2  O stadium 3  O stadium 4  O stadium 5 |   Ter info:  Stadium 1: <½ van definitieve wortellengte  Stadium 2: ½ van definitieve wortellengte  Stadium 3: 2/3 van definitieve wortellengte  Stadium 4: bijna volledige wortellengte met open apicaal foramen  Stadium 5: volledige wortellengte met gesloten apicaal foramen  (via classificatie van Cvek) |
| Werd de tand onmiddellijk teruggeplaatst in de alveole door de patiënt/ ouder/omstaander? | |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | O Ja  O Nee | O Ja  O Nee | O Ja  O Nee | O Ja  O Nee | |
| **Zo neen, 1**. hoeveel tijd was er tussen avulsie en replantatie? | |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | O ………… min.  Of  O ………….uur | O………………min.  Of  O………………uur | O………………min.  Of  O………………uur | O………………min.  Of  O………………uur | |
| **2.** hoe werd de tand bewaard tussen het moment van trauma en het consult bij u? | |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | | O | O | O | O | Droog | | O | O | O | O | (Kraantjes)water | | O | O | O | O | In omslagplooi (speeksel) | | O | O | O | O | Speeksel in reservoir | | O | O | O | O | Melk | | O | O | O | O | Fysiologische zoutoplossing (0.9% NaCl) | | O | O | O | O | Zelfgemaakte zoutoplossing (bv. met keukenzout) | | O | O | O | O | In plasticfolie gewikkeld | | O | O | O | O | Tooth rescue box | | O | O | O | O | Hank’s balanced salt solution |   O Andere (vermeld duidelijk welke tand): …......................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................... |
| Was de tand zichtbaar bevuild toen de patiënt zich bij u meldde?  **Zo neen,** werd de tand al gereinigd door de patiënt, ouder(s), …? | |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | O Ja  O Nee  O Voordien gereinigd met:  ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….  O Voordien niet gereinigd | O Ja  O Nee  O Voordien gereinigd met:  ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….  O Voordien niet gereinigd | O Ja  O Nee  O Voordien gereinigd met:  ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….  O Voordien niet gereinigd | O Ja  O Nee  O Voordien gereinigd met:  ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….  O Voordien niet gereinigd | |
| Waren er bijkomende verwondingen aan de geavulseerde tand(en)? | |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | O Ja  O Nee | O Ja  O Nee | O Ja  O Nee | O Ja  O Nee |   **Zo ja,** welke? (vermeld duidelijk welke tand)  O Kroonfractuur beperkt tot het glazuur   * Tandnummer:……………………………………………………………………………………………   O Ongecompliceerde kroonfractuur (glazuur-dentine-geen pulpa betrokken)   * Tandnummer:……………………………………………………………………………………………   O Gecompliceerde kroonfractuur (glazuur-dentine-pulpa betrokken)   * Tandnummer:……………………………………………………………………………………………   O Andere: ……………………………………………………………………………………………………………..   * Tandnummer:…………………………………………………………………………………………… |
| Waren er bijkomende verwondingen t.h.v. de mond door het trauma (andere tanden behalve de geavulseerde, alveole, kaak, weke weefsels)? | O Ja  Specifieer……………………………………………………………………………………………………………..………………………………………………………………………………………………………………………  O Nee |
| RADIOGRAFISCH ONDERZOEK |  |
| Type radiografische opname | O Peri-apicale radiografie van de alveole  O Peri-apicale radiografie na terugplaatsen van de tand  O Bitewing radiografie  O Orthopantomogram (OPG)  O Cone beam CT opname  O Andere: …..................................................................................  O Geen  **🡪 Indien beschikbaar, gelieve de radiografische opname(s) te bezorgen (bij voorkeur digitaal)** |
| Wat is de toestand van de alveole? | O Geen afwijkingen zichtbaar  O Fractuur van de alveole wand |
| BEHANDELING |  |
| Werd door u als tandarts een voorbereidende behandeling uitgevoerd op het gebitselement of t.h.v. de alveole? | **O Nee**  **O Ja (gelieve hieronder aan te vullen)**  **REINIGEN VAN HET WORTELOPPERVLAK**  O Afspoelen onder stromend water  O Gedestilleerd water  O Kraantjeswater  O Afspoelen met zoutoplossing (fysiologisch water: 0.9% NaCl)  O Schoonmaken met gaasje  O Laten weken in oplossing: .....................................................................................  O Andere: …...............................................................................................................  **PARODONTAAL LIGAMENT**  O Afschrapen parodontaal ligament  O Andere:...................................................................................................................  **ALVEOLE**  O Spoelen van de alveole voorafgaand aan de replantatie  O Curetteren van de alveole voorafgaand aan de replantatie  O Andere:...................................................................................................................  **ANDERE VOORBEREIDENDE BEHANDELINGEN**  O Spoelen van de mond met een chloorhexidine mondspoeling  O Plaatselijk aanbrengen van een antibioticum t.h.v. de tand (topisch)  Zo ja, welk product hebt u gebruikt?: ………………………………………………………………….  O Antiresorptieve therapie (bv. glucocorticoïden, Emdogain®)  Zo ja, welk product hebt u gebruikt?: ………………………………………………………………….  O Andere: ........................................................................................................................................................................................................................................................................ |
| Werd een systemisch antibioticum voorgeschreven na replantatie? | O Ja  **Zo ja,** welk antibioticum?  ….................................................................................................................................      Aan welke dosis?  ….................................................................................................................................     Aan welke frequentie per dag?  ….................................................................................................................................      Gedurende hoeveel dagen?  ....................................................................................................................................  Welke verpakking?  ....................................................................................................................................    O Nee |
| Indien kroonfractuur op geavulseerd(e) element(en), werd nu een behandeling uitgevoerd? | |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | O Voorlopige restauratie met……………………………………………  O permanente restauratie met ……………………………………………………  O Geen restauratie | O Voorlopige restauratie met……………………………………………  O permanente restauratie met ……………………………………………………  O Geen restauratie | O Voorlopige restauratie met……………………………………………  O permanente restauratie met ……………………………………………………  O Geen restauratie | O Voorlopige restauratie met……………………………………………  O permanente restauratie met ……………………………………………………  O Geen restauratie | |
| WORTELKANAAL-BEHANDELING |  |
| Werd (zal) een **voorlopige** wortelkanaal-behandeling  uitgevoerd (worden)? | O Ja, tijdens zittijd van replantatie                   O voorafgaand aan replantatie (extra-oraal)                   O meteen na replantatie (intra-oraal)    O Ja, ander tijdstip: …......../............/............... (datum)  O neen    Keuze intracanalaire medicatie?  O Ca(OH)2  O Ledermix® pasta  O Geen (kanaal leeg gelaten)  O Andere: …................................................................................................................ |
| Werd (zal) er een **definitieve** wortelkanaal-  behandeling  uitgevoerd (worden)? | O Ja, tijdens zittijd van replantatie                   O voorafgaand aan replantatie (extra-oraal)                   O meteen na replantatie (intra-oraal)    O Ja, ander tijdstip: …......../............/............... (datum)  O N.v.t. |
| Werd een spalk geplaatst? | O Ja  O Nee |
| **Zo ja,** welk type spalk werd geplaatst? | O Flexibele metaaldraad met composiet  Draadtype: ….......................................................................................................  O Starre metaaldraad met composiet  Draadtype: …....................................................................................................... O Composietspalk  O Glasvezelspalk  O Andere: .................................................................................................................. |
| Werd er mondspoeling voorgeschreven na replantatie? | O Ja     O Chloorhexidine-mondspoeling 0.05% (bv. Perio-Aid Maintenance)  O Chloorhexidine-mondspoeling 0.12% (bv. Perio-Aid)  O Povidonjodium-mondspoeling (bv. Iso-Betadine mondwater)  O Hexetidine-mondspoeling (bv. Hextril)  O Essentiële oliën (bv. Listerine)  O Andere: ..............................................................................................................    O Nee |
| Wanneer is de volgende follow-up gepland? | ……………/……………/………….. |