# DEEL 2: Telkens opnieuw invullen bij iedere nieuwe follow-up

|  |  |
| --- | --- |
| FOLLOW-UP |  |
| **Naam patiënt** | …………………………………………………………………………………………………………. |
| Datum | …......../........../.......... |
| 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:  ……………………… | |
| Subjectieve klachten van de patiënt?  (Bv. ander gevoel, tevredenheid rond esthethiek, gevoel dat tand losser staat, koudegevoeligheid, …) | |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | ……………………………………………………………………………………………… | ……………………………………………………………………………………………… | ……………………………………………………………………………………………… | ……………………………………………………………………………………………… | |
| Indien de vorige afspraak een antibioticum werd voorgeschreven, eventuele neveneffecten ervaren door de patiënt? | O Ja  **Indien ja,** welke? (bv. Maagproblemen, darmproblemen, netelroos, allergische reactie,…) …...........................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................  O Nee |
| KLINISCH ONDERZOEK |  |
| Is de tand nog aanwezig? | |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | O Ja  O Nee  Reden van verlies: …....................................................................................................................................................................................................................................... | O Ja  O Nee  Reden van verlies: …....................................................................................................................................................................................................................................... | O Ja  O Nee  Reden van verlies: …....................................................................................................................................................................................................................................... | O Ja  O Nee  Reden van verlies: …....................................................................................................................................................................................................................................... |  |  |  |   Indien de tand niet meer aanwezig is, hoeft het vervolg van de lijst voor dat specifieke element niet meer te worden ingevuld. |
| Mobiliteit  (Miller classificatie) | |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | O 0  O 1  O 2  O 3 | O 0  O 1  O 2  O 3 | O 0  O 1  O 2  O 3 | O 0  O 1  O 2  O 3 |   Legende:  0: normale fysiologische beweeglijkheid  1: verhoogde horizontale mobiliteit tot 1 mm  2: verhoogde mobiliteit > 1 mm in laterale richting  (buccolinguaal/mesiodistaal)  3: verhoogde mobiliteit >1 mm in elke richting en/of verticale mobiliteit en/of tand kan geroteerd worden in de alveole |
| Abces/zwelling aanwezig? | |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | O Ja  O Nee | O Ja  O Nee | O Ja  O Nee | O Ja  O Nee | |
| Fistel aanwezig? | |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | O Ja  O Nee | O Ja  O Nee | O Ja  O Nee | O Ja  O Nee | |
| Verkleuring van het element? | |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | O Geen verkleuring  O Grijze kleur  O Roze kleur  O Gele kleur  O Andere: ….......................................................................... | O Geen verkleuring  O Grijze kleur  O Roze kleur  O Gele kleur  O Andere: ….......................................................................... | O Geen verkleuring  O Grijze kleur  O Roze kleur  O Gele kleur  O Andere: …........................................................................... | O Geen verkleuring  O Grijze kleur  O Roze kleur  O Gele kleur  O Andere: ……........................................................................ | |
| Zijn er verhoogde sondeerwaarden rond het gereplanteerd element? | |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | | O……mm | O…….mm | O……mm | O…..mm | Ja (hoogste sondeerwaarde vermelden aub) | | O | O | O | O | * Dit is een solitaire pocket | | O | O | O | O | * Dit is veralgemeend rondom de tand | | O | O | O | O | Er was reeds een voorafbestaand parodontaal probleem rond de tand | | O | O | O | O | Nee | | O | O | O | O | Niet gemeten | |
| Gingivale recessie?  (Miller classificatie) | |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | O Ja………….mm  O Nee | O Ja………….mm  O Nee | O Ja………….mm  O Nee | O Ja………….mm  O Nee |   Recessie wordt gemeten vanaf de cement-glazuurgrens tot het niveau van de gingiva (hoogste waarde vermelden aub) |
| Werd de spalk verwijderd? | |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | O Ja, tijdens deze follow-up  O Tijdens eerdere follow-up  O Nee  O N.v.t., geen spalk geplaatst | O Ja, tijdens deze follow-up  O Tijdens eerdere follow-up  O Nee  O N.v.t., geen spalk geplaatst | O Ja, tijdens deze follow-up  O Tijdens eerdere follow-up  O Nee  O N.v.t., geen spalk geplaatst | O Ja, tijdens deze follow-up  O Tijdens eerdere follow-up  O Nee  O N.v.t., geen spalk geplaatst | |
| SENSIBILITEITSTESTEN |  |
| Koudetest | |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | | O | O | O | O | Normale gevoeligheid | | O | O | O | O | Verhoogde gevoeligheid, verdwijnt na enkele seconden | | O | O | O | O | Verhoogde gevoeligheid die langer aanhoudt | | O | O | O | O | Pijn neemt af bij koude | | O | O | O | O | Geen gevoeligheid | | O | O | O | O | Test niet uitgevoerd | |
| Warmtetest | |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | | O | O | O | O | Normale gevoeligheid | | O | O | O | O | Verhoogde gevoeligheid, verdwijnt na enkele seconden | | O | O | O | O | Verhoogde gevoeligheid die langer aanhoudt | | O | O | O | O | Geen gevoeligheid | | O | O | O | O | Test niet uitgevoerd | |
| Elektrische pulptest uitgevoerd? | |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | O Ja, numerieke waarde: ……………………….  O Nee | O Ja, numerieke waarde: ……………………….  O Nee | O Ja, numerieke waarde: ……………………….  O Nee | O Ja, numerieke waarde: ……………………….  O Nee |   Met welk toestel werd de test uitgevoerd?  …………………………………………………………………………………………………………………… |
| Percussietest (verticale percussie) | |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | O Normale gevoeligheid  O Pijnlijk of gevoelig  O Test niet uitgevoerd | O Normale gevoeligheid  O Pijnlijk of gevoelig  O Test niet uitgevoerd | O Normale gevoeligheid  O Pijnlijk of gevoelig  O Test niet uitgevoerd | O Normale gevoeligheid  O Pijnlijk of gevoelig  O Test niet uitgevoerd | |
| Klank bij percussietest | |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | O Normaal  O Afwijkende toon  O Test niet uitgevoerd | O Normaal  O Afwijkende toon  O Test niet uitgevoerd | O Normaal  O Afwijkende toon  O Test niet uitgevoerd | O Normaal  O Afwijkende toon  O Test niet uitgevoerd |   Afwijkende toon is bv. doffe toon of hoge metaalachtige klank |
| Laser Doppler Flowmetry uitgevoerd? | |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | O Ja, numerieke waarde: …………………PU’s  O Nee | O Ja, numerieke waarde: …………………PU’s  O Nee | O Ja, numerieke waarde: …………………PU’s  O Nee | O Ja, numerieke waarde: …………………PU’s  O Nee |   Met welk toestel werd de test uitgevoerd?  …………………………………………………………………………………………………………………… |
| Saturatietest uitgevoerd? | |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | O Ja, saturatie waarde: ……………………%  O Nee | O Ja, saturatie waarde: ……………………%  O Nee | O Ja, saturatie waarde: ……………………%  O Nee | O Ja, saturatie waarde: ……………………%  O Nee |   Met welk toestel werd de test uitgevoerd?  …………………………………………………………………………………………………………………… |
| RADIOGRAFISCH ONDERZOEK |  |
| Type radiografische opname | O Peri-apicale radiografie  O Bitewing radiografie  O Orthopantomogram (OPG)  O Cone beam CT opname  O Andere: ….........................................................................................  O Geen (in dit geval hoeft het vervolg van het radiografisch onderzoek niet ingevuld te worden, echter de laatste vraag nog wel)   * **Indien radiografische opname(s) gemaakt, gelieve deze te bezorgen (bij voorkeur digitaal)** |
| Radiolucente zone zichtbaar? | |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | O Ja  O T.h.v apex  O Elders: ………………………………………………  O Nee | O Ja  O T.h.v apex  O Elders: ………………………………………………  O Nee | O Ja  O T.h.v apex  O Elders: ………………………………………………  O Nee | O Ja  O T.h.v apex  O Elders: ………………………………………………  O Nee | |
| Parodontaal ligament | |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | O Zichtbaar aanwezig         O Normaal         O Verbreed  O Niet zichtbaar aanwezig | O Zichtbaar aanwezig         O Normaal         O Verbreed  O Niet zichtbaar aanwezig | O Zichtbaar aanwezig         O Normaal         O Verbreed  O Niet zichtbaar aanwezig | O Zichtbaar aanwezig         O Normaal         O Verbreed  O Niet zichtbaar aanwezig | |
| Hoe verloopt de wortelontwikkeling? | |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | | O | O | O | O | Progressieve ontwikkeling | | O | O | O | O | Verstoord (bv. vervorming van wortel) | | O | O | O | O | Ontwikkeling gestopt | | O | O | O | O | N.v.t. (matuur element of te kort na vorige RX om evolutie te kunnen zien) | |
| Pulpa-obliteratie? | |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | O Ja     O Partieel (bv. enkel coronale pulpa)     O Volledig    O Nee | O Ja     O Partieel (bv. enkel coronale pulpa)     O Volledig    O Nee | O Ja     O Partieel (bv. enkel coronale pulpa)     O Volledig    O Nee | O Ja     O Partieel (bv. enkel coronale pulpa)     O Volledig    O Nee | |
| Wortelresorptie zichtbaar? | |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | O Ja  O Nee | O Ja  O Nee | O Ja  O Nee | O Ja  O Nee | |
| Wanneer is de volgende follow-up gepland? | …......../............/.......... |