# 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 JaO Nee | O JaO Nee | O JaO Nee | O JaO Nee |

Indien ergens **ja**, welk trauma en wanneer? (vermeld duidelijk welke tand)........................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................... |
| Eerdere restauraties op dit gebitselement? |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| O JaO Nee | O JaO Nee | O JaO Nee | O JaO Nee |

 |
| Stadium van de wortelontwikkeling op moment van trauma?   |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| O stadium 1O stadium 2O stadium 3O stadium 4O stadium 5 | O stadium 1O stadium 2O stadium 3O stadium 4O stadium 5 | O stadium 1O stadium 2O stadium 3O stadium 4O stadium 5 | O stadium 1O stadium 2O stadium 3O stadium 4O 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 JaO Nee | O JaO Nee | O JaO Nee | O JaO Nee |

 |
| **Zo neen, 1**. hoeveel tijd was er tussen avulsie en replantatie? |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| O ………… min.OfO ………….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 JaO Nee O Voordien gereinigd met:………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………. O Voordien niet gereinigd | O JaO Nee O Voordien gereinigd met:………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………. O Voordien niet gereinigd  | O JaO Nee O Voordien gereinigd met:………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………. O Voordien niet gereinigd | O JaO 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 JaSpecifieer……………………………………………………………………………………………………………..………………………………………………………………………………………………………………………O Nee |
| RADIOGRAFISCH ONDERZOEK |  |
| Type radiografische opname  | O Peri-apicale radiografie van de alveoleO Peri-apicale radiografie na terugplaatsen van de tandO 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 zichtbaarO 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 KraantjeswaterO 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 replantatieO Curetteren van de alveole voorafgaand aan de replantatieO Andere:...................................................................................................................**ANDERE VOORBEREIDENDE BEHANDELINGEN**  O Spoelen van de mond met een chloorhexidine mondspoelingO 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-behandelinguitgevoerd (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? | ……………/……………/………….. |