

ĐƠN ĐỂ PHÒNG ĐOÁN NGUY CƠ BI SÂU RĂNG CHO TRẺ NHỎ 0-5 TUỔI

Tên của bệnh nhân: _____ I.D.# _____ Tuổi: _____

Ngày tháng điền đơn: _____ Ngày tháng được khám: _____

CHÚ Ý: Nếu điền "CÓ" trong cột 1 thì bệnh nhân có "Nguy cơ cao" và phải nên đi khám vì <u>khuẩn</u>	Nếu có xin vòng tròn			Ghi chú:
	1	2	3	

1. Nguyên do đưa đến nguy cơ (những điều thuộc về sinh học để gây ra nguy cơ cao hơn)

(a) Mẹ hay người chăm sóc bị sâu răng trong năm vừa qua	CÓ			
(b) Bú bình với những chất lỏng ngoài nước lạnh, sữa và sữa dinh dưỡng		CÓ		Nước gì:
(c) Bú bình liên tục		CÓ		
(d) Trẻ nhỏ ngủ với bình hay được bú sữa theo yêu cầu		CÓ		
(e) Trẻ nhỏ hay ăn/uống đường/tinh bột/nước ngọt nhiều lần (>3 lần mỗi ngày) giữa những bữa ăn		CÓ		Bao nhiêu lần mỗi ngày: Thức ăn gì:
(f) Có nguyên do gây ít nước miếng, như: 1. thuốc (e.g. cho hen suyễn [albuterol] hay hiệu động) 2. bị bệnh (như ung thư) hay vì di truyền		CÓ		
(g) trẻ nhỏ có nhu cầu chăm sóc sức khỏe đặc biệt		CÓ		
(h) Cha mẹ hay người chăm sóc có lượng thấp hay không biết nhiều về cách giữ gìn sức khỏe, WIC/Early Head Start		CÓ		

2. Nguyên Do Bảo Vệ

(a) Trẻ nhỏ sống trong cộng đồng với nước có chất fluoride (ghi số mã bưu chính/zip code)			CÓ	Số mã bưu chính/zip code:
(b) Trẻ nhỏ có lấy bổ sung fluoride			CÓ	
(c) Trẻ nhỏ uống nước có chất fluoride (như nước từ vòi)			CÓ	
(d) Trẻ nhỏ có đánh răng với kem đánh răng có chất fluoride (bằng hạt đậu) 2 lần mỗi ngày			CÓ	Bao nhiêu lần mỗi ngày:
(e) Trẻ nhỏ đã được bôi chất fluoride trên răng trong vòng 6 tháng trước			CÓ	

(f) Mẹ hay người chăm sóc hiểu sử dụng của kẹo cao su hay viên ngậm có chất xylit (chất đường rợu)			CÓ	
(g) Trẻ em đợc cho chất xylit (đồ lau, đồ xịt, đồ bôi)			CÓ	

3. Những dấu hiệu cho thấy trẻ nhỏ bị sâu răng- khám trẻ nhỏ

(a) Răng bị chấm trắng, thiếu chất vôi, hay bị sâu	CÓ			
(b) Trẻ em đã đợc trám hay bọc răng rồi	CÓ			
(c) Rỏ răng trông thấy đợc mảng bám răng hay nướu răng dễ chảy máu		CÓ		
(d) Trông không đủ nước miếng		CÓ		
(e) Men răng có đợc bồi thêm kể từ lần khám cuối (ghi răng nào)			CÓ	Răng nào:

TỔNG THỂ NGUY CƠ BỊ SÂU RĂNG (vòng tròn): CAO VỪA THẤP

Trẻ nhỏ: kết quả khám vi khuẩn/nước miếng:	MS:	LB:	tốc độ chảy:	ml/min	Ngày tháng:
Người chăm sóc:kết quả khám vi khuẩn/nước miếng:	MS:	LB:	tốc độ chảy:	ml/min	Ngày tháng:

Mục tiêu để giữ gìn sức khỏe răng miệng của mình: Từ hen trước đây:

1. _____

Răng sâu mới: Y/N

2. _____

Chấm trắng mới: Y/N

Đau răng: Y/N

Giới thiệu đến: O.R. I.V. thuốc an thần

Chữ ký của nha sĩ: _____ Ngày tháng: _____

ĐƠN ĐỀ PHÒNG ĐOÁN NGUY CƠ BI SÂU RĂNG CHO 6 TUỔI TRỞ LÊN/NGƯỜI LỚN

Tên của bệnh nhân: _____ I.D.# _____ Tuổi: _____

Ngày tháng điền đơn: _____ Ngày tháng được khám: _____ Xin vòng tròn: buổi khám đầu tiên hay trở lại

CHÚ Ý: Nếu điền "CÓ" trong cột 1 thì bệnh nhân có "Nguy cơ cao" và phải nên đi khám vi khuẩn	Nếu có xin vòng tròn			Ghi chú:
	1	2	3	

1. Nguyên do đưa đến nguy cơ (những điều thuộc về sinh học để gây ra nguy cơ cao hơn)

(a) Đã bị sâu răng trong năm vừa qua	CÓ			
(b) Hay ăn/uống nhiều lần (>3 lần mỗi ngày) giữa những buổi ăn		CÓ		Bao nhiêu lần mỗi ngày: Thức ăn gì:
(c) Uống các loại nước thể thao		CÓ		Bao nhiêu lần mỗi ngày:
(d) Xài ma túy/thuốc lá/bia rượu để giải trí		CÓ		
(e) Có nguyên do gây ít nước miếng (thuốc/sự bức xạ/cơ thể)		CÓ		
(f) Trẻ nhỏ hay thanh niên có nhu cầu chăm sóc sức khỏe đặc biệt		CÓ		
(g) Có niềng răng hay đồ chỉnh nha		CÓ		

2. Nguyên Do Bảo Vệ

(a) Sống/đi làm/đi học trong cộng đồng với nước có chất fluoride			CÓ	Số mã bưu chính/zip code:
(b) Xài kem đánh răng có chất fluoride ít nhất 2 lần mỗi ngày			CÓ	Bao nhiêu lần mỗi ngày:
(c) Xài nước súc miệng có chất fluoride (0.05% NaF) mỗi ngày			CÓ	
(d) Xài kem đánh răng có chất fluoride 5000 ppm F mỗi ngày			CÓ	
(e) Đã được bôi chất fluoride trên răng trong vòng 6 tháng trước			CÓ	
(f) Được bác sĩ cho và xài Chlorhexidine một tuần mỗi tháng trong 6 tháng vừa qua			CÓ	
(g) Sử dụng kẹo cao su/viên ngậm có chất xylit (chất đường rượu) 4 lần mỗi ngày trong 6 tháng vừa qua			CÓ	

(h) Đã được bôi hỗn hợp can xi và phốt phát trên răng trong 6 tháng vừa qua			CÓ	
---	--	--	-----------	--

3. Những dấu hiệu cho thấy trẻ nhỏ bị sâu răng- khám trẻ nhỏ

(a) Trông thấy được răng bị sâu hay chụp quang tuyến xác nhận ra ngà răng bị chấm sâu	CÓ			
(b) Chụp quang tuyến xác nhận lớp men giữa răng bị chấm trắng vì thiếu chất vôi (không có trong ngà răng)	CÓ			
(c) Bị chấm trắng trên bề mặt răng	CÓ			
(d) Đã được trám hay bọc răng trong vòng 3 năm vừa qua	CÓ			
(e) Rõ ràng trông thấy được mảng bám răng hay nướu răng dễ chảy máu		CÓ		
(f) Trông không đủ nước miếng		CÓ		
(g) Chân răng bị lộ ra		CÓ		
(h) Răng bị lõm và vết nứt sâu		CÓ		
(i) Men răng có được bôi thêm kể từ lần khám cuối (ghi răng nào)			CÓ	Răng nào:

TỔNG THỂ NGUY CƠ BỊ SÂU RĂNG (vòng tròn): CAO VỪA THẤP

NGUY CƠ RẤT CAO = NGUY CƠ CAO + TUYẾN NƯỚC BỌT ÍT HOẠT ĐỘNG

Kết quả khám vi khuẩn/nước miếng: MS: LB: tốc độ chảy: ml/min Ngày tháng:

Mục tiêu để giữ gìn sức khỏe răng miệng của mình: Từ hen trước đây:

1. _____
Y/N

Răng sâu mới:

2. _____
Y/N

Chấm trắng mới:

Đau răng:
Y/N

Giới thiệu đến: O.R. I.V. thuốc an
thần

Chữ ký của nha sĩ: _____ Ngày tháng: _____