

Форма для оценки риска кариеса в возрасте от 0 до 5 лет

Имя и Фамилия: _____ Номер удостоверения личности: _____

Возраст: _____

Дата: _____ Дата осмотра/оценки риска: _____

| | | | | |
|--|---------------|---|---|--------------|
| ОБРАТИТЕ ВНИМАНИЕ: Ответ ДА в первой колонке может означать «Высокий риск» и направление на тест на наличие бактерий | ДА = ОБВЕДИТЕ | | | Комментарии: |
| | 1 | 2 | 3 | |

1. Риск факторы (Предрасполагающие Биологические Факторы)

| | | | | |
|--|----|----|--|---------------------------------------|
| (а) Мама/Воспитатель были диагностированы с активным кариесом за последний год | ДА | | | |
| (б) Даете бутылочку с жидкостью, помимо воды, молока и/или детские смеси | | ДА | | Типы: |
| (в) Продолжительное кормление из бутылочки | | ДА | | |
| (г) Ребёнок спит с бутылочкой или кормление происходит по его требованию | | ДА | | |
| (д) Частый (>3 раз в день) перекус между основными приемами пищи: сладостями/крахмалосодержащими продуктами /напитками с растворенным сахаром | | ДА | | Количество приемов в день: Тип(ы): |
| (е) Присутствие следующих факторов, уменьшающих слюноотделение: 1. Приём лекарственных средств (например: от приступов астмы [Альбутерол] или гиперактивности) 2. Медицинские (лечение рака) или генетические факторы | | ДА | | |
| (ж) Ребёнок нуждающийся в особом медицинском уходе | | ДА | | |
| (з) Родитель и/или воспитатель имеет низкий социально-экономический статус и/или низкий уровень медицинской грамотности, и/или участник программы дополнительного питания для Женщин, Младенцев и Детей - (WIC/Early Head Start) | | ДА | | |

2. Благоприятные Факторы

| | | | | |
|---|--|--|----|---------|
| (а) Ребёнок проживает в районе, где вода обогащена фтором | | | ДА | Индекс: |
| (б) Ребёнок принимает пищевые добавки со фтором | | | ДА | |

| | | | | |
|---|--|--|----|------------------------|
| (в) Ребёнок пьёт воду со фтором | | | ДА | |
| (г) Использование пасты со фтором (количество: размером с горошину) как минимум 2 раза в день | | | ДА | Количество раз в день: |
| (д) Нанесение лака со фтором на зубы в последние полгода (6 месяцев) | | | ДА | |
| (е) Мама/Воспитатель понимает, как использовать жвачку/пастилки с ксилитом | | | ДА | |
| (ж) Ребёнок принимает ксилит (рекомендуемые салфетки, спрей, гель) | | | ДА | |

3. Индикаторы заболевания - Клинический осмотр ребёнка

| | | | | |
|--|----|----|----|-------|
| (а) Присутствие очевидных былых пятен, декальцинирование или кариес на зубах у ребёнка | ДА | | | |
| (б) Наличие пломб или коронок | ДА | | | |
| (в) Очевидный налёт на зубах и/или легко кровоточащие десны | | ДА | | |
| (г) Визуально ненормальное слюноотделение | | ДА | | |
| (д) Новая реминерализация с прошлого приема (Перечислите зубы) | | | ДА | Зубы: |

Общая оценка риска кариеса у ребёнка: **Высокая** **Средняя** **Низкая**

| | | | | |
|---|-----|-----|----------------------------------|-------|
| Ребёнок: Результаты теста Бактерии/Слюны | MS: | LB: | Скорость слюноотделения: мл/мин | Дата: |
| Родитель: Результаты теста Бактерии/Слюны | MS: | LB: | Скорость слюноотделения: мл/мин. | Дата: |

Меры по профилактике:

С последнего приема:

1. _____ Появление нового кариеса: Да/Нет

2. _____ Появление новых белых пятен на зубах: Да/Нет

Появление зубной боли: Да/Нет

Тип направления на седацию:

Хирургическое
Внутривенное
Оральное

Подпись: _____

Дата: _____

Форма для оценки риска кариеса в возрасте от 6 и старше/ взрослых

Имя и Фамилия: _____ Номер удостоверения личности: _____

Возраст: _____

Дата: _____ Дата осмотра/оценки риска: _____

Пожалуйста, обведите в круг если это повторный или первичный осмотр

| | | | | |
|---|----------------------|---|---|---------------------|
| ОБРАТИТЕ ВНИМАНИЕ: Ответ ДА в первой колонке может означать «Высокий риск» и направление на тест на наличие бактерий | ДА = ОБВЕДИТЕ | | | Комментарии: |
| | 1 | 2 | 3 | |

1. Риск факторы (Предрасполагающие Биологические Факторы)

| | | | | |
|--|----|----|--|---------------------------------------|
| (а) Были диагностированы с активным кариесом за последний год | ДА | | | |
| (б) Часто (>3 раз в день) перекусываете между основными приемами пищи | | ДА | | Количество приемов в день: Тип(ы): |
| (в) Пьёте спортивные напитки | | ДА | | |
| (г) Употребляете наркотики/табак/ алкоголь | | ДА | | |
| (д) Присутствие факторов, уменьшающих слюноотделение (приём лекарственных средств/ облучение/ системные заболевания) | | ДА | | |
| (е) Ребёнок или взрослый нуждается в особом медицинском уходе | | ДА | | |
| (ж) Присутствие ортодонтических аппаратов | | ДА | | |

2. Благоприятные Факторы

| | | | | |
|---|--|--|----|------------------------|
| (а) Дом/ работа / школа находятся в районе с водой обогащённый фтором | | | ДА | Индекс: |
| (б) Используете пасту со фтором как минимум 2 раза в день | | | ДА | Количество раз в день: |
| (в) Используете средство для полоскание ротовой полости со фтором (0.05% NaF) | | | ДА | |
| (г) Используете 5000ppm F зубную пасту со фтором | | | ДА | |
| (д) Нанесение лака со фтором на зубы в последние полгода (6 месяцев) | | | ДА | |
| (е) Хлоргексидин был прописан/использован на протяжении одной недели каждого месяца в течении последних 6 месяцев | | | ДА | |

| | | | | |
|--|--|--|----|------------------------|
| (ж) Использовали пасту с кальцием и фосфором в последние 6 месяцев | | | ДА | Количество раз в день: |
|--|--|--|----|------------------------|

3. Индикаторы заболевания - Клинический осмотр ребёнка

| | | | | |
|---|----|----|----|-------|
| (а) Визуальный кариес или присутствие кариеса в дентине на рентгене | ДА | | | |
| (б) Рентгенографическое проксимальное поражение эмали, не в дентине. (присутствие кариеса между зубами видно на рентгене) | ДА | | | |
| (в) Белые пятна на гладких поверхностях | ДА | | | |
| (г) Реставрация зубов в последние 3 года | ДА | | | |
| (д) Очевидный налёт на зубах и/или легко кровоточащие десны | | ДА | | |
| (е) Визуально ненормальное слюноотделение | | ДА | | |
| (ж) Оголенные корни зубов | | ДА | | |
| (г) Глубокие ямки и фиссуры на зубах (фиссуры - осо) | | ДА | | |
| (д) Новая реминерализация с прошлого приема (Перечислите зубы) | | | ДА | Зубы: |

Общая оценка риска кариеса у ребёнка: **Высокая** **Средняя** **Низкая**

| | | | | |
|---|-----|-----|----------------------------------|-------|
| Ребёнок: Результаты теста Бактерии/Слюны | MS: | LB: | Скорость слюноотделения: мл/мин | Дата: |
| Родитель: Результаты теста Бактерии/Слюны | MS: | LB: | Скорость слюноотделения: мл/мин. | Дата: |

Меры по профилактике:

С последнего приема:

1. _____ Появление нового кариеса: Да/Нет

2. _____ Появление новых белых пятен на зубах: Да/Нет

Появление зубной боли: Да/Нет

Тип направления на седацию:

Хирургическое
Внутривенное
Оральное

Подпись: _____

Дата: _____