

FICHA PERIODONTAL



PACIENTE: _____

OBRA SOCIAL: _____

DNI: _____

Instrucciones:

MEDICIÓN DE BOLSAS: Con una sonda periodontal calibrada mida la profundidad de la bolsa en mesial y distal solamente de cada diente. Aborde por vestibular en el punto mas proximo a la relación de contacto y en direcciones paralelas al eje mayor del diente. Solo anote en el diagrama medidas superiores a tres milímetros (3 mm.)

HEMORRAGIA: Luego de la medición de bolsas en cada cuadrante observe en cual de ellos hubo hemorragia y marque lo que corresponda. Se considerara que si hay hemorragia, aunque solo ocurra en una sola pieza dental.

MOVILIDAD: Usando un instrumento mueva el diente en sentido vestibulo-lingual, y presionelo apicalmente. Registre lo que observa según la siguiente escala.

- 0 = No hay movilidad o es inferior a 0,5 mm.
- 1 = 0,50 a 1,00 mm.
- 2 = 1,00 a 2,00 mm.
- 3 = Mayor a 2 mm o depresibilidad

Diente	18		17		16		15		14		13		12		11	
	D	M	D	M	D	M	D	M	D	M	D	M	D	M	D	M
Prof. Bolsa																
Movilidad																
Hemorragia en este cuadrante												SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>	
DERECHA																
Hemorragia en este cuadrante												SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>	
Movilidad																
Prof. Bolsa																
Diente	D	M	D	M	D	M	D	M	D	M	D	M	D	M	D	M
	48	47	46		45	44	43	42	41							

Diente	21		22		23		24		25		26		27		28	
	D	M	D	M	D	M	D	M	D	M	D	M	D	M	D	M
Prof. Bolsa																
Movilidad																
Hemorragia en este cuadrante												SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>	
IZQUIERDA																
Hemorragia en este cuadrante												SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>	
Movilidad																
Prof. Bolsa																
Diente	D	M	D	M	D	M	D	M	D	M	D	M	D	M	D	M
	31	32	33	34	35	36	37	38								

DIAGNOSTICO - Marque lo que corresponda:

Gingivitis marginal cronica

Periodontitis leve o moderada

Una arcada

Ambas arcadas

Periodontitis severa

Una arcada

Ambas arcadas

PRONOSTICO Bueno Regular Malo

PLAN DE TRATAMIENTO: _____

Fecha: _____

Firma y Sello del Profesional: _____