



OE VIŠJA STROKOVNA ŠOLA ZA USTNE HIGIENIKE

LIST ZA NAPOTITEV PACIENTA K USTNEMU HIGIENIKU

IME IN PRIIMEK PACIENTA : _____ DATUM: ____/____/____

NASLOV : _____

TELEFON : _____

NAPOTNI ZOBOZDRAVNIK**USTNI HIGIENIK**

IME IN PRIIMEK : _____

IME IN PRIIMEK : _____

PODPIS : _____

PODPIS : _____

USTNEMU HIGIENIKU NAROČAM NASLEDNJE STORITVE

(ustrezno označite z znakom "X" v kvadrat)

1. ZAPIS ORALNE, PARODONTALNE IN ZOBNE PATOLOGIJE :

☐

2. MOTIVACIJA IN POUK O USTNI HIGIENI :

☐

3. ODSTRANITEV MEHKIH IN TRDIH ZOBNIH OBLOG :

☐

4. LUŠČENJE IN GLAJENJE ZOBNIH KORENIN :

☐

5. TOPIKALNA FLUORIZACIJA :

☐

6. ZAŠČITA PREOBČUTLJIVIH ZOBNIH VRATOV :

☐

7. ZALITJE FISUR:

☐

8. KONTROLNI PREGLED PO 6 - 8 TEDNIH:

☐**NA PODLAGI KONTROLNEGA PREGLEDA:**

(ustrezno označite z znakom "X" v kvadrat)

1. PACIENT POTREBUJE KIRURŠKO ZDRAVLJENJE (SPECIALIST PARODONTOLOG!):

☐

2. JE POTREBNO VZDRŽEVANJE (DIAGRAM TVEGANJA!) NA (ustrezno obkrožite) :

☐

a. 3 mesece b. 6 mesecev c. 12 mesecev

PRI OSEBNEMU ZOBOZDRAVNIKU ALI USTNEMU HIGIENIKU!

3. PACIENT POTREBUJE PONOVIJEV HIGIENSKE FAZE

☐

PRI OSEBNEMU ZOBOZDRAVNIKU ALI USTNEMU HIGIENIKU!



OE VIŠJA STROKOVNA ŠOLA ZA USTNE HIGIENIKE

VPRAŠALNIK O ZDRAVJU

(pišite z velikimi tiskanimi črkami)

IME IN PRIIMEK : _____ DATUM: ____/____/____

DATUM ROJSTVA : ____/____/____

SPOL : M Ž

NASLOV : _____

TELFON : _____

OSEBNI ZOBOZDRAVNIK : _____

OSEBNI ZDRAVNIK : _____

(ustrezno obkrožite)

- | | |
|---|-------|
| 1. ALI MENITE, DA VAŠI ZOBJE VPLIVAJO NA VAŠE ZDRAVJE? | DA NE |
| 2. ALI STE NEZADOVOLJNI Z IZGLEDOM VAŠIH ZOB? | DA NE |
| 3. ALI SE BOJITE ZOBOZDRAVNIŠKIH POSEGOV? | DA NE |
| 4. ALI IMATE TEŽAVE Z ŽVEČENJEM HRANE? | DA NE |
| 5. ALI IMATE/STE IMELI KATERO OD NAVEDENIH BOLEZNI ALI STANJ? | DA NE |

(ustrezno označite z znakom "X" v kvadrat)

- | | |
|---|---|
| ☐ INFEKCIJSKI ENDOKARDITIS | ☐ OSTEOPOROZA |
| ☐ SRČNI INFARKT | ☐ BOLEZNI ŠČITNICE |
| ☐ BOLEZNI SRČNIH ZAKLOPK | ☐ ZLATENICA |
| ☐ UMETNA SRČNA ZAKLOPKA | ☐ EPILEPSIJA |
| ☐ PRIROJENE SRČNE OKVARE | ☐ TUBERKULOZA |
| ☐ MOŽGANSKA KAP | ☐ PSIHIATRIČNO ZDRAVLJENJE |
| ☐ SRČNI PACEMAKER | ☐ ASTMA |
| ☐ VISOK KRVNI PRITISK | ☐ SPOLNE BOLEZN |
| ☐ SLADKORNA BOLEZEN | ☐ HEPATITIS |
| ☐ ARTRITIS | ☐ HIV/AIDS |
| ☐ RAK | ☐ DRUGE BOLEZNI |

5. ALI SEDAJ JEMLJETE KAKŠNA ZDRAVILA? DA NE

KATERA? _____

6. ALI STE BILI ZADNJE LETO NA ZDRAVNIŠKEM PREGLEDU? DA NE



OE VIŠJA STROKOVNA ŠOLA ZA USTNE HIGIENIKE

VPRAŠALNIK O ZDRAVJU

(pišite z velikimi tiskanimi črkami)

(ustrezno obkrožite)

- | | | |
|---|----|----|
| 7. ALI STE V ZADNJIH MESECIH NENAMERNO SHUJŠALI? | DA | NE |
| 8. ALI STE BILI KDAJ V PRETEKLOSTI RESNO BOLNI? | DA | NE |
| 9. ALI STE BILI KDAJ V BOLNIŠNICI? | DA | NE |
| 10. ALI STE IMELI KDAJ VEČJO OPERACIJO? | DA | NE |
| 11. ALI STE ŽE KDAJ DOBILI TRANSFUZIJO KRVI? | DA | NE |
| 12. ALI STE IMELI KDAJ IZPUŠČAJE ALI SRBEČICO KOŽE? | DA | NE |
| 13. ALI STE IMELI KDAJ NEOBIČAJNO REAKCIJO NA ZDRAVILA? | DA | NE |
| KATERA? _____ | | |
| 14. ALI STE IMELI KDAJ NEOBIČAJNO REAKCIJO OB ANESTEZIJI PRI ZOBOZDRAVNIKU? | DA | NE |
| 15. ALI SE VAM KRI DOLGO NE USTAVI, ČE SE UREŽETE? | DA | NE |
| 16. ALI STE IMELI KDAJ POŠKODBO OBRAZA ALI ČELJUSTI? | DA | NE |
| 17. ALI STE SE KDAJ ZDRAVILI ZARADI RAKA V USTIH? | DA | NE |
| 18. ALI IMATE POGOSTE GLAVOBOLE? | DA | NE |
| 19. ALI STE POGOSTO PREHLAJENI? | DA | NE |
| 20. ALI IMATE TEŽAVE S SINUSI? | DA | NE |
| 21. ALI VAM POGOSTO KRAVI IZ NOSU? | DA | NE |
| 22. ALI DIHATE SKOZI USTA? | DA | NE |
| 23. ALI IMATE OBČUTLJIVE ZOBE? | DA | NE |
| 24. ALI STE V ZADNJEM ČASU IMELI ZOBOL? | DA | NE |
| 25. ALI VAM KRVAVI DLESEN? | DA | NE |
| 26. ALI IMATE POGOSTO BOLEČE MEHURČKE NA USTNICAH (HERPES)? | DA | NE |
| 27. ALI TEŽKO NA ŠIROKO ODPRETE USTA? | DA | NE |
| 28. ALI VAM V SKLEPU MED ŽVEČENJEM ŠKRIPA? | DA | NE |
| 29. ALI IMATE BOLEČINE V PRSIH OB NAPORU? | DA | NE |
| 30. ALI IMATE TEŽAVE Z DIHANJEM OB NAPORU? | DA | NE |
| 31. ALI VAM ZATEKAJO GLEŽNJI? | DA | NE |



OE VIŠJA STROKOVNA ŠOLA ZA USTNE HIGIENIKE

VPRAŠALNIK O ZDRAVJU

(pišite z velikimi tiskanimi črkami)

(ustrezno obkrožite)

- | | | |
|--|----|----|
| 32. ALI STALNO KAŠLJATE? | DA | NE |
| 33. ALI IZKAŠLJUJETE KRI? | DA | NE |
| 34. ALI SE VAM JE V ZADNJEM ČASU SPREMENIL APETIT? | DA | NE |
| 35. ALI SE VAM KAKŠNA HRANA UPIRA? | DA | NE |
| 36. ALI IMATE TEŽAVE S POŽIRANJEM? | DA | NE |
| 37. ALI IMATE POGOSTO TEŽAVE S PREBAVO? | DA | NE |
| 38. ALI POGOSTO BRUHATE? | DA | NE |
| 39. ALI IMATE TEŽAVE Z LEDVICAMI? | DA | NE |
| 40. ALI GRESTE NA VODO VEČ KOT 6 X NA DAN? | DA | NE |
| 41. ALI STE POGOSTO ŽEJNI? | DA | NE |
| 42. ALI STE KDAJ IMELI OTEKLE IN BOLEČE SKLEPE? | DA | NE |
| 43. ALI IMATE NEOBČUTLJIVE PREDELE NA KOŽI? | DA | NE |
| 44. ALI HITRO OMEDLITE? | DA | NE |
| 45. ALI HITRO DOBITE PODPLUDBE? | DA | NE |
| 46. ALI IMATE KAKŠNO KRVNO BOLEZEN (NPR. ANEMIJA)? | DA | NE |
| 47. ALI STE ZELO NERVOZNI? | DA | NE |
| 48. ALI SE HITRO UTRUDITE? | DA | NE |

KAJENJE

- | | | |
|--|----|----|
| 49. ALI KADITE? | DA | NE |
| KOLIKO CIGARET DNEVNO? _____ KOLIKO LET? _____ | | |
| 50. ALI STE PRENEHALI KADITI? | DA | NE |

VPRAŠANJA ZA ŽENSKE

- | | | |
|---|----|----|
| 51. ALI STE NOSEČI? | DA | NE |
| 52. ALI JEMLJETE KONTRACEPCIJSKE TABLETE? | DA | NE |
| 53. ALI STE V MENOPAVZI? | DA | NE |



OE VIŠJA STROKOVNA ŠOLA ZA USTNE HIGIENIKE

BIOGRAFSKI PODATKI

IME IN PRIIMEK PACIENTA : _____ DATUM: ____/____/____

DATUM ROJSTVA : ____/____/____

SPOL : M Ž

STALNO PREBIVALIŠČE: _____

TELEFON : _____

STOPNJA IZOBRAZBE:

1. OSNOVNA ŠOLA 2. SREDNJA ŠOLA 3. VIŠJA ŠOLA 4. VISOKA ŠOLA

POKLIC : _____

ZAKONSKI STAN :

1. SAMSKI(A) 2. POROČEN(A) 3. IZVENZAK.SKUPNOST 4. LOČEN(A) 5. VDOVEC(A)

OSEBNI ZDRAVNIK : _____



OE VIŠJA STROKOVNA ŠOLA ZA USTNE HIGIENIKE

ANAMNEZA

GLAVNA TEŽAVA :

SEDANJA BOLEZEN :

STOMATOLOŠKA ANAMNEZA :

MEDICINSKA ANAMNEZA :

DRUŽINSKA ANAMNEZA :

OSEBNA IN SOCIALNA ANAMNEZA :



OE VIŠJA STROKOVNA ŠOLA ZA USTNE HIGIENIKE

KLINIČNI PREGLED

USTNICI :

LIČNA IN USTNIČNA SLUZNICA :

TRDO IN MEHKO NEBO :

ŽRELO IN GOLTNA OŽINA :

JEZIK :

USTNO DNO :

OBZOBNA TKIVA :

BARVA DLESNI:

OBLIKA DLESNI:

POVRŠINA DLESNI:

GS: OD ____ DO ____ MM

NEP: OD ____ DO ____ MM

KNS: ____ %

GNOJENJE:

PRIZADETOST RAZCEPIŠČ: I.STOPNJE: ____ II.STOPNJE: ____ III.STOPNJE: ____

MAJAVOST: I.STOPNJE: ____ II.STOPNJE: ____ III.STOPNJE: ____

ZOBJE:



OE VIŠJA STROKOVNA ŠOLA ZA USTNE HIGIENIKE

SPLOŠNI KLINIČNI PREGLED

VIŠINA : _____ CM

TEŽA : _____ KG

KRVI TLAK : _____ MMHG

PULZ : _____ UTR/MIN

FREKVENCA DIHANJA : _____ DIH/MIN

SLADKOR V KRVI: _____ MMOL/L

GLAVA:

VRAT :

NOHTI :



OE VIŠJA STROKOVNA ŠOLA ZA USTNE HIGIENIKE

FAGERSTROMOV VPRAŠALNIK ZA OCENO ODVISNOSTI OD KAJENJA

(pišite z velikimi tiskanimi črkami)

IME IN PRIIMEK : _____ DATUM: ____/____/____

VPRAŠANJE**ODGOVOR****TOČKE**

(ustrezno označite z znakom "X" v kvadrat)

- | | | |
|---|--|---|
| 1 .KAKO HITRO PO ZBUJANJU POKADITE PRVO CIGARETO? | V 5 MINUTAH ☐ | 3 |
| | V 6-30 MINUTAH ☐ | 2 |
| | V 31-60 MINUTAH ☐ | 1 |
| | PO 1 URI ☐ | 0 |
| 2. ALI SE TEŽKO ODPOVESTE KAJENJU NA MESTIH, KJER JE
TO PREPOVEDANO? | DA ☐ | 1 |
| | NE ☐ | 0 |
| 3. KATERI CIGARETI BI SE NAJTEŽJE ODREKLI? | PRVI CIGARETI ZJUTRAJ ☐ | 1 |
| | OSTALIM ☐ | 0 |
| 4.KOLIKO CIGARET DNEVNO POKADITE? | 10 ALI MANJ ☐ | 0 |
| | 11-20 ☐ | 1 |
| | 21-30 ☐ | 2 |
| | 31 ALI VEČ ☐ | 3 |
| 5. ALI KADITE VEČ ZJUTRAJ, KOT POZNEJE PREKO DNEVA? | DA ☐ | 1 |
| | NE ☐ | 0 |
| 6. ALI KADITE TUDI TAKRAT, KO STE BOLNI IN LEŽITE V
POSTELJI? | DA ☐ | 1 |
| | NE ☐ | 0 |

TOČKE STOPNJA ODVISNOSTI

- | | |
|--------|-------------|
| 0 - 2 | ZELO NIZKA |
| 2 - 4 | NIZKA |
| 5 | ZMERNA |
| 6 - 7 | VISOKA |
| 8 - 10 | ZELO VISOKA |

KOLIKO LET KADITE

- | |
|--------------------|
| A : 0-10 LET |
| B : 11-20 LET |
| C : 21-30 LET |
| D : 31 LET ALI VEČ |



OE VIŠJA STROKOVNA ŠOLA ZA USTNE HIGIENIKE

INDEKS PLAKA V MEDZOBNIH PROSTORIH (IPMP) IN INDEKS SULKUSNE KRVAVITVE (ISK)

IME IN PRIIMEK PACIENTA : _____

IPMP

Diagram showing the upper and lower dental arches with numbered points 1-7 for plaque measurement. The upper arch is divided into I (palatinalno) and II (bukalno), and the lower arch into III (lingvalno) and IV (bukalno). Each quadrant has a 7x7 grid for recording scores.

ISK

Diagram showing the upper and lower dental arches with numbered points 1-7 for sulcus bleeding measurement. The upper arch is divided into I (palatinalno) and II (bukalno), and the lower arch into III (lingvalno) and IV (bukalno). Each quadrant has a 7x7 grid for recording scores.

DATUM

IPMP (%)

ISK (%)

_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

$$\text{IPMP (\%)} = \text{PTPMP} \times 100 / \text{SŠMT}$$

$$\text{ISK (\%)} = \text{PTSK} \times 100 / \text{SŠMT}$$

PTPMP - POZITIVNE TOČKE PLAKA V MEDZOBNIH PROSTORIH**PTSK** - POZITIVNE TOČKE SULKUSNE KRVAVITVE**SŠMT** - SKUPNO ŠTEVILO MERNIH TOČK

OE VIŠJA STROKOVNA ŠOLA ZA USTNE HIGIENIKE

The figure displays four dental arch diagrams arranged in two rows. The top row shows the upper arch (maxilla) and the bottom row shows the lower arch (mandible). Each row contains a buccal (bukalno) view and a lingual (lingvalno) view. The diagrams are overlaid on a grid with labels 'Majavost', 'GS', 'RD-SCM', and 'IKP' at the top. The teeth are numbered 18 through 28 for the upper arch and 48 through 38 for the lower arch. The diagrams illustrate the relationship between the teeth and the occlusal plane, with the upper arch showing a significant overjet and the lower arch showing a corresponding underjet.

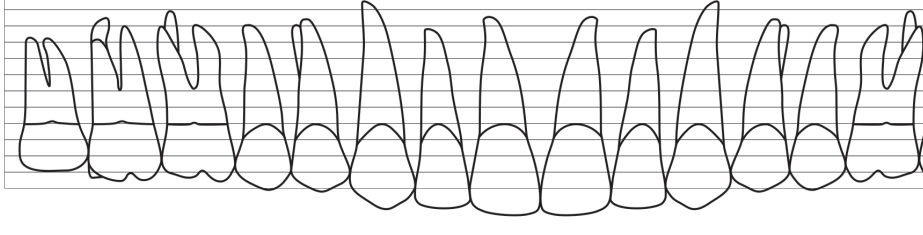
/ manjkajoči zob	M ¹²³	majavost zoba		ekstrudiran zob	H	hipoplazija	RD-SCM	razdalja med robom
• karies	P→	premik zoba		prevleka	L	previs		dlesni in skleninsko-
* dekalifikacija	V ¹²³	prizadetost furkacij		člen	X	zob za ekstrakcijo		cementno mejo
↓ zastoj hrane		ni kontakta		periap. proces	W	Polnitev kanala	IKP	izguba kliničnega prirastišča

OE VIŠJA STROKOVNA ŠOLA ZA USTNE HIGIENIKE

KONTROLNI PREGLED

Majavost																												
GS																												
RD-SCM																												
IKP																												

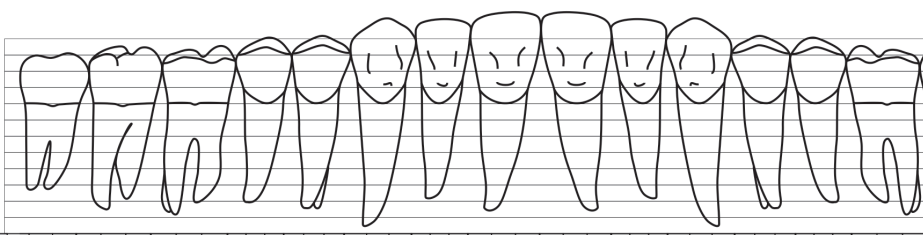
bukalno



18171615141312112122232425262728

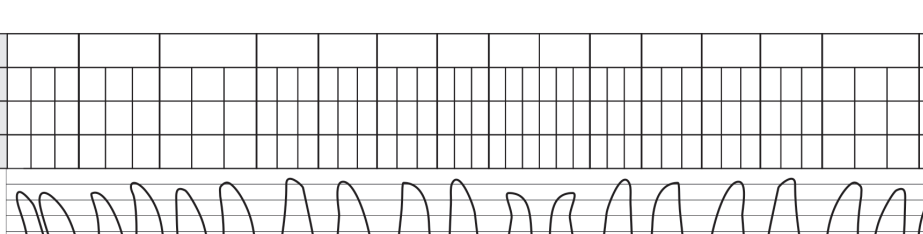
GS																												
RD-SCM																												
IKP																												

lingvalno



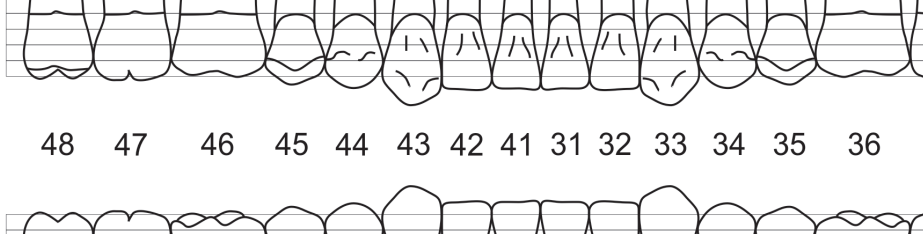
Majavost																												
GS																												
RD-SCM																												
IKP																												

lingvalno



48474645444342413132333435363738

bukalno



GS																												
RD-SCM																												
IKP																												

Obrazec za zapis parodontalne in zobne patologije:

/ manjkajoči zob M¹²³ majavost zoba

- karies P → premik zoba

* dekalifikacija V^{123} prizadetost f

↓ zastoj hrane || ni kontakta



晉

ekstrudiran zol

prevleka

člen

periap. proces

b H hipoplazija

L. previs

X zob za ekstrakciju

Polnitev kanala

GS globina sondiranja

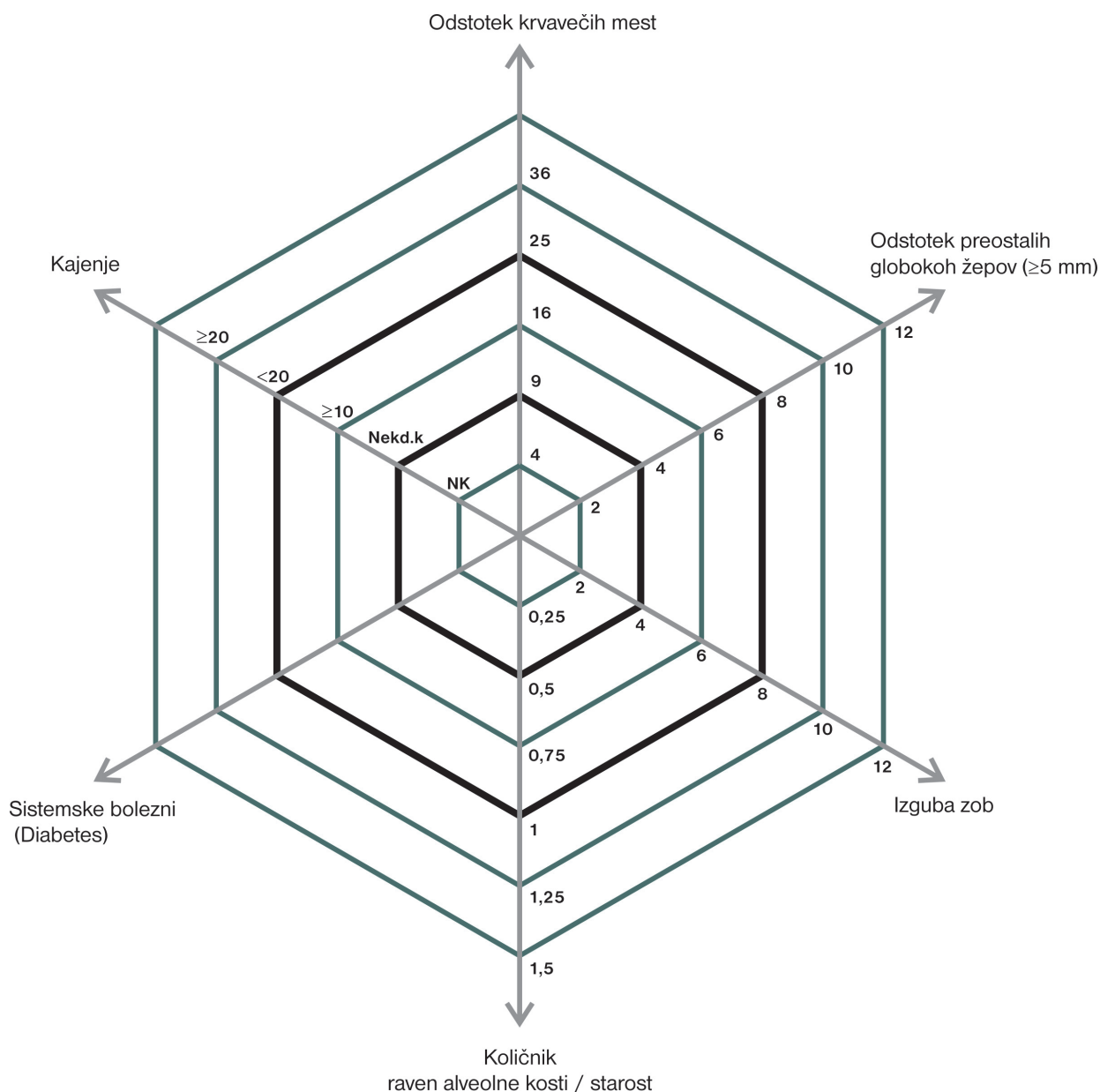
RD-SCM razdalja med robom

dlesni in skleninsko-

cementno mejo

IKP izguba kliničnega prirastišča

OE VIŠJA STROKOVNA ŠOLA ZA USTNE HIGIENIKE



Heksagonalni diagram (prirejeno po Langu in Tonettiju 2003).

Vrednosti posameznih parametrov se vnesejo na osi heksagonalnega diagrama, ki ima glede na oddaljenost od središča opredeljena tri območja:

- območje nizkega tveganja , ki je najbližje centru diagrama;
- območje srednjega tveganja , ki je od centra bolj oddaljeno;
- območje visokega tveganja , ki je od sredine najbolj oddaljeno.

Na osnovi analize vseh šestih parametrov je možno napovedati verjetnost za ponovitev parodontitisa:

- nizko tveganje za ponovitev in napredovanje parodontitisa imajo vsi tisti bolniki, pri katerih so vsi parametri na heksagonalnem diagramu v območju nizkega tveganja ali le en sam v območju srednjega tveganja;
- srednje tveganje imajo bolniki, pri katerih ugotovimo dva ali več parametrov v območju srednjega tveganja in ne več kot enega v območju visokega tveganja;
- visoko tveganje pa imajo tisti bolniki, pri katerih ugotovimo več kot dva parametra v območju visokega tveganja.

Bolnike z nizkim tveganjem naročamo na kontrolne in vzdrževalne obiske enkrat letno, bolnike s srednjim tveganjem vsake pol leta in bolnike z visokim tveganjem vsake tri mesece.



OE VIŠJA STROKOVNA ŠOLA ZA USTNE HIGIENIKE

SEZNAM OPRAVLJENIH STORITEV

IME IN PRIIMEK PACIENTA : _____

STORITEV	OPRAVLJENO (DATUM)	PODPIS VODJE VAJ
ANAMNEZA		
KLINIČNI PREGLED USTNE SLUZNICE		
KLINIČNI PREGLED OBZOBNIH TKIV IN ZOB		
INŠTRUKCIJA USTNE HIGIENE IN MOTIVACIJA PACIENTA		
STROJNA ODSTRANITEV MEHKIH IN TRDIH ZOBNIH OBLOG		
LUŠČENJE IN GLAJENJE ZOBNIH KORENIN		
POLIRANJE		
DRUGE STORITVE		