# DEEL 2: Telkens opnieuw invullen bij iedere nieuwe follow-up

|  |  |
| --- | --- |
| FOLLOW-UP  |   |
| **Naam patiënt** | …………………………………………………………………………………………………………. |
| Datum   | …......../........../..........   |
| 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:……………………… |

 |
| Subjectieve klachten van de patiënt?(Bv. ander gevoel, tevredenheid rond esthethiek, gevoel dat tand losser staat, koudegevoeligheid, …) |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ……………………………………………………………………………………………… | ……………………………………………………………………………………………… | ……………………………………………………………………………………………… | ……………………………………………………………………………………………… |

 |
| Indien de vorige afspraak een antibioticum werd voorgeschreven, eventuele neveneffecten ervaren door de patiënt?   | O Ja **Indien ja,** welke? (bv. Maagproblemen, darmproblemen, netelroos, allergische reactie,…) …...........................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................O Nee   |
| KLINISCH ONDERZOEK  |   |
| Is de tand nog aanwezig?  |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| O Ja O Nee Reden van verlies: …....................................................................................................................................................................................................................................... | O Ja O Nee Reden van verlies: …....................................................................................................................................................................................................................................... | O Ja O Nee Reden van verlies: …....................................................................................................................................................................................................................................... | O Ja O Nee Reden van verlies: …....................................................................................................................................................................................................................................... |  |  |  |

Indien de tand niet meer aanwezig is, hoeft het vervolg van de lijst voor dat specifieke element niet meer te worden ingevuld.  |
| Mobiliteit (Miller classificatie)  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| O 0O 1O 2O 3 | O 0O 1O 2O 3 | O 0O 1O 2O 3 | O 0O 1O 2O 3 |

Legende:  0: normale fysiologische beweeglijkheid  1: verhoogde horizontale mobiliteit tot 1 mm  2: verhoogde mobiliteit > 1 mm in laterale richting (buccolinguaal/mesiodistaal)  3: verhoogde mobiliteit >1 mm in elke richting en/of verticale mobiliteit en/of tand kan geroteerd worden in de alveole  |
| Abces/zwelling aanwezig?  |

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

 |
| Fistel aanwezig? |

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

 |
| Verkleuring van het element?  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| O Geen verkleuringO Grijze kleurO Roze kleurO Gele kleurO Andere: …..........................................................................  | O Geen verkleuringO Grijze kleurO Roze kleurO Gele kleurO Andere: …..........................................................................  | O Geen verkleuringO Grijze kleurO Roze kleurO Gele kleurO Andere: …........................................................................... | O Geen verkleuringO Grijze kleurO Roze kleurO Gele kleurO Andere: ……........................................................................  |

 |
| Zijn er verhoogde sondeerwaarden rond het gereplanteerd element?   |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| O……mm | O…….mm | O……mm | O…..mm | Ja (hoogste sondeerwaarde vermelden aub) |
| O | O | O | O | * Dit is een solitaire pocket
 |
| O | O | O | O | * Dit is veralgemeend rondom de tand
 |
| O | O | O | O | Er was reeds een voorafbestaand parodontaal probleem rond de tand |
| O | O | O | O | Nee |
| O | O | O | O | Niet gemeten |

 |
| Gingivale recessie?  (Miller classificatie)  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| O Ja………….mmO Nee | O Ja………….mmO Nee | O Ja………….mmO Nee | O Ja………….mmO Nee |

Recessie wordt gemeten vanaf de cement-glazuurgrens tot het niveau van de gingiva (hoogste waarde vermelden aub) |
| Werd de spalk verwijderd? |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| O Ja, tijdens deze follow-upO Tijdens eerdere follow-upO Nee O N.v.t., geen spalk geplaatst | O Ja, tijdens deze follow-upO Tijdens eerdere follow-upO Nee O N.v.t., geen spalk geplaatst | O Ja, tijdens deze follow-upO Tijdens eerdere follow-upO Nee O N.v.t., geen spalk geplaatst | O Ja, tijdens deze follow-upO Tijdens eerdere follow-upO Nee O N.v.t., geen spalk geplaatst |

 |
| SENSIBILITEITSTESTEN  |   |
| Koudetest  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| O | O | O | O | Normale gevoeligheid |
| O | O | O | O | Verhoogde gevoeligheid, verdwijnt na enkele seconden |
| O | O | O | O | Verhoogde gevoeligheid die langer aanhoudt |
| O | O | O | O | Pijn neemt af bij koude |
| O | O | O | O | Geen gevoeligheid |
| O | O | O | O | Test niet uitgevoerd |

 |
| Warmtetest   |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| O | O | O | O | Normale gevoeligheid |
| O | O | O | O | Verhoogde gevoeligheid, verdwijnt na enkele seconden |
| O | O | O | O | Verhoogde gevoeligheid die langer aanhoudt |
| O | O | O | O | Geen gevoeligheid |
| O | O | O | O | Test niet uitgevoerd |

 |
| Elektrische pulptest uitgevoerd?  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| O Ja, numerieke waarde: ……………………….O Nee | O Ja, numerieke waarde: ……………………….O Nee | O Ja, numerieke waarde: ……………………….O Nee | O Ja, numerieke waarde: ……………………….O Nee |

Met welk toestel werd de test uitgevoerd?…………………………………………………………………………………………………………………… |
| Percussietest (verticale percussie) |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| O Normale gevoeligheidO Pijnlijk of gevoeligO Test niet uitgevoerd | O Normale gevoeligheidO Pijnlijk of gevoeligO Test niet uitgevoerd | O Normale gevoeligheidO Pijnlijk of gevoeligO Test niet uitgevoerd | O Normale gevoeligheidO Pijnlijk of gevoeligO Test niet uitgevoerd |

 |
| Klank bij percussietest |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| O NormaalO Afwijkende toonO Test niet uitgevoerd | O NormaalO Afwijkende toon O Test niet uitgevoerd | O NormaalO Afwijkende toon O Test niet uitgevoerd | O NormaalO Afwijkende toon O Test niet uitgevoerd |

Afwijkende toon is bv. doffe toon of hoge metaalachtige klank |
| Laser Doppler Flowmetry uitgevoerd? |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| O Ja, numerieke waarde: …………………PU’sO Nee | O Ja, numerieke waarde: …………………PU’sO Nee | O Ja, numerieke waarde: …………………PU’sO Nee | O Ja, numerieke waarde: …………………PU’sO Nee |

Met welk toestel werd de test uitgevoerd?……………………………………………………………………………………………………………………  |
| Saturatietest uitgevoerd? |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| O Ja, saturatie waarde: ……………………%O Nee | O Ja, saturatie waarde: ……………………%O Nee | O Ja, saturatie waarde: ……………………%O Nee | O Ja, saturatie waarde: ……………………%O Nee |

Met welk toestel werd de test uitgevoerd?……………………………………………………………………………………………………………………  |
| RADIOGRAFISCH ONDERZOEK  |   |
| Type radiografische opname  | O Peri-apicale radiografie O Bitewing radiografie O Orthopantomogram (OPG) O Cone beam CT opname O Andere: ….........................................................................................O Geen (in dit geval hoeft het vervolg van het radiografisch onderzoek niet ingevuld te worden, echter de laatste vraag nog wel)* **Indien radiografische opname(s) gemaakt, gelieve deze te bezorgen (bij voorkeur digitaal)**

  |
| Radiolucente zone zichtbaar?  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| O Ja O T.h.v apex O Elders: ………………………………………………O Nee | O Ja O T.h.v apex O Elders: ………………………………………………O Nee | O Ja O T.h.v apex O Elders: ………………………………………………O Nee | O Ja O T.h.v apex O Elders: ………………………………………………O Nee |

  |
| Parodontaal ligament  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| O Zichtbaar aanwezig        O Normaal        O Verbreed O Niet zichtbaar aanwezig | O Zichtbaar aanwezig        O Normaal        O Verbreed O Niet zichtbaar aanwezig | O Zichtbaar aanwezig        O Normaal        O Verbreed O Niet zichtbaar aanwezig | O Zichtbaar aanwezig        O Normaal        O Verbreed O Niet zichtbaar aanwezig |

  |
| Hoe verloopt de wortelontwikkeling? |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| O | O | O | O | Progressieve ontwikkeling |
| O | O | O | O | Verstoord (bv. vervorming van wortel) |
| O | O | O | O | Ontwikkeling gestopt |
| O | O | O | O | N.v.t. (matuur element of te kort na vorige RX om evolutie te kunnen zien) |

  |
| Pulpa-obliteratie?   |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| O Ja    O Partieel (bv. enkel coronale pulpa)    O Volledig  O Nee  | O Ja    O Partieel (bv. enkel coronale pulpa)    O Volledig  O Nee  | O Ja    O Partieel (bv. enkel coronale pulpa)    O Volledig  O Nee  | O Ja    O Partieel (bv. enkel coronale pulpa)    O Volledig  O Nee  |

 |
| Wortelresorptie zichtbaar?      |

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

  |
| Wanneer is de volgende follow-up gepland?  | …......../............/..........  |