

# Diagnosztika bevezetés

Dobó Nagy Csaba

	<b>Bevezetés a diagnosztikai ismeretekebe</b>	<b>Dobó Nagy Csaba</b>
	Telemedicina jelentősége a fogorvosi diagnosztikában	Horváth Dániel
	A szájüreg digitális fényképezése	Horváth Dániel
	Parodontológiai diagnosztika	Vályi Péter
	Kariológiai és endodonciai diagnosztika	Dobó Nagy Csaba
	Ortodonciai diagnosztika	Dobai Adrienn
	Nyál jelentősége a diagnosztikában	Vályi Péter
	Orális medicina vizsgáló eszközei	Mensch Károly
	Rágóízület diagnosztikája	Schmidt Péter

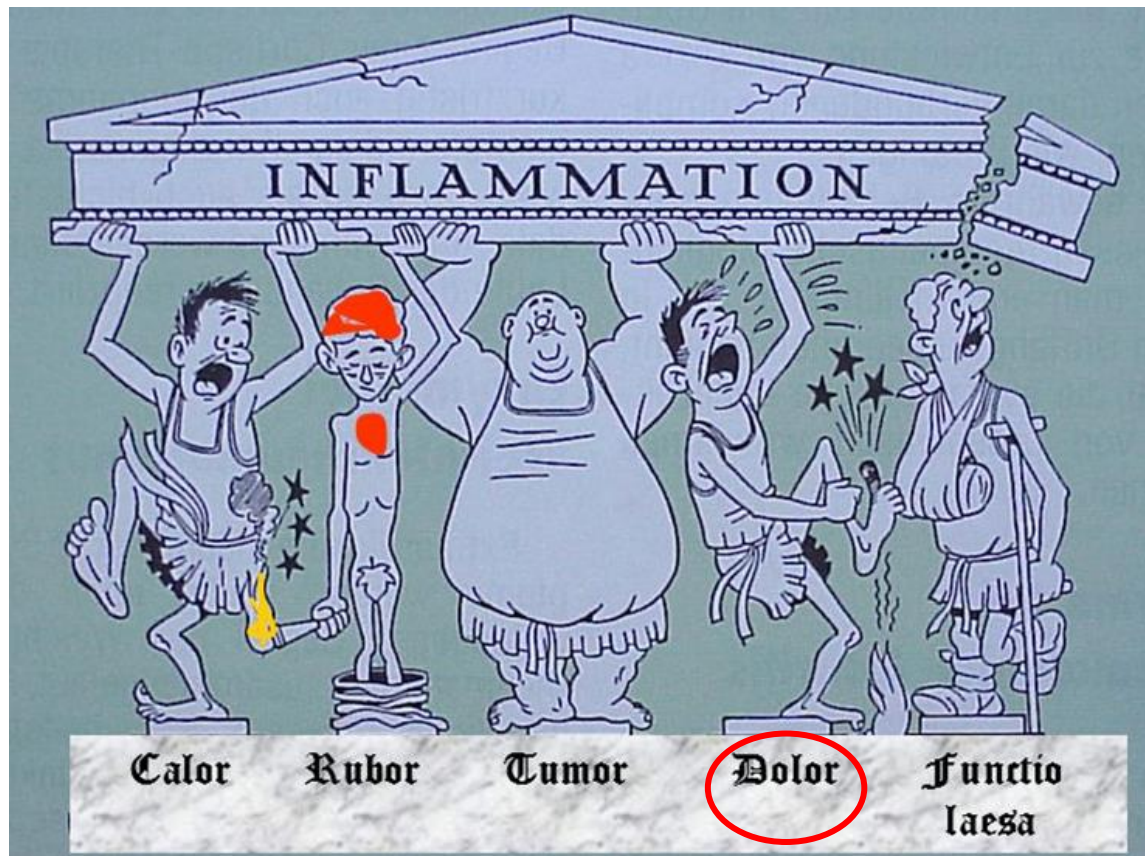
Görög szóösszetétel:  
Dia –teljes  
Gnosis –megismerés



átfogó ismeret

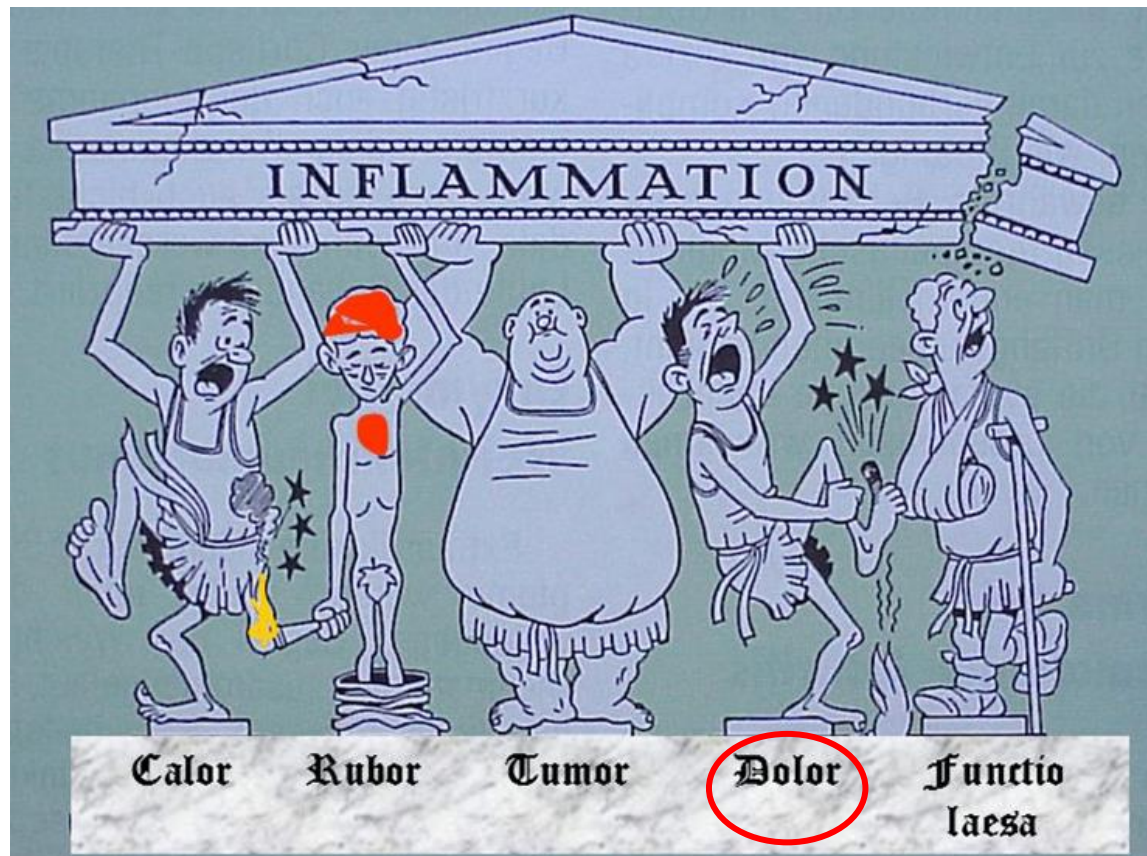
A diagnosztika az a folyamat, amikor a betegséget annak tüneteiből és a beteg panaszai alapján határozzuk meg.

# Objektív tünetek





# Szubjektív tünetek



# Anamnézis

## Kérdőív az általános egészségi állapot felméréséhez

Páciens neve: \_\_\_\_\_ Születési dátum: \_\_\_\_\_  
Lakcím, telefonszám: \_\_\_\_\_ TAJ szám: \_\_\_\_\_

Kedves Páciensünk!

A biztonságos és eredményes kezeléshez fontos, hogy egészségi állapotáról pontos képet kapjunk. Bármilyen információ elhallgatása súlyosan befolyásolhatja egészségét. Kérjük figyelmesen olvassa el a feltett kérdéseket és **MINDEGYIKRE VÁLASZOLJON!!!** Adatait személyiségi jogainak tiszteletben tartásával, és az orvosi titoktartás rendje szerint kezeljük. A kezelés folyamán bekövetkezett változásokról értesítse kezelőorvosát.

Miért kereste most fel a rendelést? .....

Van-e akut panasz?

Igen Nem

Milyen gyógyszereket szed és mi a nevük?

Igen Nem

antibiotikum.....  
vényomáscsökkentő.....  
gyógyszer szívbetegségre.....  
vérálgátló.....  
gyógyszer cukorbetegségre.....  
nyugtató, altató.....  
szteroid (pl. prednison).....  
gyógyszer epilepsiára.....  
gyógyszer csontritkulásra.....  
gyógyszer daganatos betegségre.....  
egyéb:.....

Hajlamos-e ájulásra?

Igen Nem

Visel-e szívritmus szabályozót (pacemaker)?

Allergiás-e valamire?

Ha igen, mire?

gyógyszer:.....

egyéb:.....

Volt/Van-e máj-epe panasz?

Volt/Van-e sárgasága?

Volt/Van-e daganatos betegsége?

Volt Van Nincs

Van-e valamilyen betegsége?

Van Nincs

szív- és érrendszeri betegség

(infarktus, ritmuszavar, szívelégtelenség, stroke)

cukorbetegség

vérképzőrendszeri betegség

(vérzékenység, leukémia)

immunhiánnyal járó betegség

pajzsmirigyet érintő betegség

tüdőbetegség (asztma, TBC, COPD)

fertőző betegség (HIV, hepatitis, TBC)

emésztőrendszeri betegség (pl.reflux)

vesebetegség

idegrendszeri betegség (pl.epilepszia)

mozgásszervi betegség

(csontritkulás, reuma, csontdaganat)

autoimmun betegség (lupus, Sjögren)

pszichiai betegség (pánik, depresszió)

egyéb : .....

Fogyaszt-e rendszeresen alkoholt?

Fogyaszt-e drogokat?

Dohányzik?

Igen Nem

Kapott-e vérátömlesztést és mikor (év)?

Terhes-e/szoport-e jelenleg?

Kap-e valamilyen kezelést jelenleg?

(dialízis, sugárterápia, kemoterápia, egyéb)

Van-e implantátuma?

(szerv, mesterséges izület)

Előfordul-e epilepsziás rohama?

Előfordul-e hipoglikémiás roszszulléte?

Igen Nem

Korábbi műtétek:

Igen Nem

Korábbi fogorvosi kezelés, érzéstelenítés kapcsán volt-e roszszulléte vagy felmerült-e más probléma?

Ha igen, mi? .....

Egészségét érintő egyéb fontos adat: .....

Covid + (oltott) Covid - (oltatlan) Covid dátum (oltás érvényessége): .....

A hallgatói vizsgálatba és kezelésbe beleegyezem, és hozzájárulok, hogy oktatási és tudományos célból jelen legyenek olyan személyek, akiknek jelenlétét ezen felsőoktatási intézmény tevékenysége indokolja.

Kijelentem, hogy az egészségi állapottal kapcsolatosan megadott információk megfelelnek a valóságnak.

dátum

beteg aláírása

orvos aláírása

Páciens neve:

Taj szám:

Kezelőorvos:

- Jelenleg van fájdalma? (ha nincs, ugorjon a 6. kérdéshez) Igen \_\_\_\_\_ Nem \_\_\_\_\_
- Ha igen, meg tudja határozni melyik fog az? Igen \_\_\_\_\_ Nem \_\_\_\_\_
- Mikor jelentkeztek először a panaszok?
- A panasz hirtelen jelentkezik, vagy fokozatosan? \_\_\_\_\_
- Kérjük, jelölje be a megfelelő számot a tünet mértékéről, jellegéről és gyakoriságáról szólóan

Tünet mértéke ( 1-10 skála)

1- enyhe 10- súlyos  
1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Gyakorisága

\_\_Állandó

\_\_Időszakos

\_\_Pillanatnyi

\_\_Alkalmi

Jellege:

\_\_Éles \_\_Tomba \_\_Lüktető

Van, amivel csökkenthető a fájdalom?

Ha igen, mi? .....

Van valami, amivel ki tudja váltani a fájdalmat?

Ha igen, mivel? .....

Évés, ivás közben érzékeny a foga? Hidegre \_\_\_\_\_ Melegre \_\_\_\_\_ Édesre \_\_\_\_\_

Fáj a foga, rágás közben, vagy érzékeny ráharapásra? Igen \_\_ Nem \_\_

Nyomásra, tapintásra fáj a panaszos fog körüli ín? Igen \_\_ Nem \_\_

Helyzetváltoztatás során (lefekvés, előre hajlás) fokozódik a fájdalom? Igen \_\_ Nem \_\_

6. Tud róla, hogy szorítja a fogát vagy csikorgat? Igen \_\_ Nem \_\_

7. Ha igen, használ éjszakai harapásemelőt? Igen \_\_ Nem \_\_

8. Készült korábban restaurátum ebbe a fogba? (tömés, korona, betét) Igen \_\_ Nem \_\_

9. Gyökerkezelt a panaszos fog, vagy elkezdték a gyökerkezélést? Igen \_\_ Nem \_\_

10. Van-e bármilyen egyéb információ, ami fontos lehet számunkra?

.....

# Státusz lap

## Státusz lap

Beteg neve (Patient's name):

Hallgató neve

Taj szám (Soc. ins. number):

(Student's name):

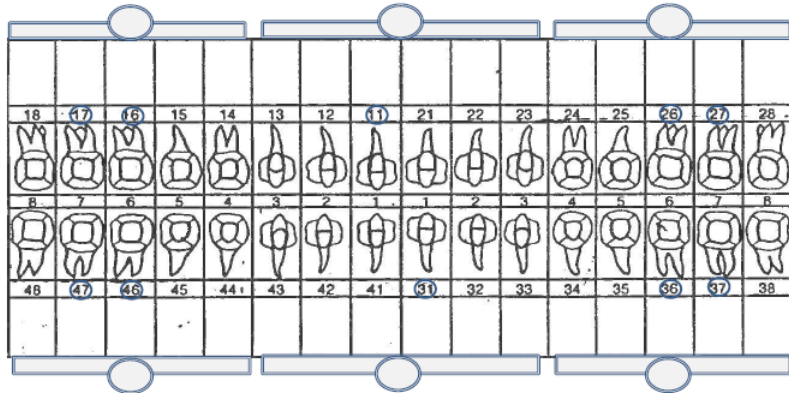
Fő panasz (Main complain):

Fő panasz részletes kórtörténete (Detailed history of main complain):

Fogorvosi anamnézis - fogszabályozás, szájsebészeti beavatkozás, szájhygiéne, rossz szokások, egyéb (Dental anamnesis - orthodontics, oral surgery, oral hygiene, bad oral habits, etc.):

Extraorális vizsgálat: nyálmirigyek, nyirokcsomók, pajzsmirigy, TMI (Head and neck, salivary glands, lymph nodes, thyroid gland TMJ):

Szájüreg, nyálkahártya (Oral cavity, mucosa):



C.: caries  
Sc.: secundary caries  
T.: tömés  
X: hiányzó  
A megfelelő felszín jelölendő (Sign the proper surface): ●, L

It.: ideiglenes tömés  
R.: radix  
Gy.t.: gyökértömés

K.: korona  
H.: híd  
E.: erózió

Ab.: abrázió  
At.: attríció  
Af.: abfrakció

Fr.: fraktúra  
M.: mobilis  
Ta.: tasak

F.: fogkő  
V.: vérzés szondázáskor  
PSR index

Protetikai osztály (Prosthetic classification):

Angle osztály (Angle classification):

Felső (upper):

Alsó (lower):

Rtg felvételek, eredmény (X-ray, results):

Fotó készült (Photo): igen  nem

Elsődleges diagnózis (Primary diagnose):

További diagnózisok (Other diagnoses)

Cariológiai:

Endodonciai:

Parodontológiai:

Fogpótlástani:

Szájsebészeti:

Szjbetegségek:

Fogszabályzási:

Beutalók (Referrals)

Konzerváló Fogászat

Fogpótlástan

Parodontológia

Szájsebészet

Gyerekfogászat

Egyéb, azaz:

Elvégzett kezelések, motiválás (Treatments, motivation):

Javaslatok, gyógyszerfelírás (Recommendations, prescriptions):

Beleegyezési nyilatkozat fogorvosi vizsgálathoz - Oralis Diagnosztika Tanszék

Alulírott kijelentem, hogy az önként vállalt vizsgálat során megkaptam a vizsgálat céljáról, módjáról, betegségemről, annak kezelési lehetőségeiről, valamint az esetleges otthoni teendőkről az információkat, tájékoztattak az esetleges mellékhatásokról és kockázatokról, és a kezelés elmaradásának kockázatairól is. Volt alkalmam kérdéseket feltenni, és azokra kielégítő válaszokat kaptam. Elfogadom a javasolt kezelési tervet, és hozzájárulok az ezzel kapcsolatosan szükséges további vizsgálatokhoz és kezelésekhöz. A vizsgálathoz és a fogorvosi kezeléshez adott beleegyezésemet bármikor jogomban áll visszavonni, és kijelentem, hogy ez esetben vállalom a felelősséget egészségi állapotom alakulásáért. A beleegyezésem alapos ok nélküli visszavonása kapcsán felmerült indokolt költségeket vállalom. A megszakítás után jogom van bármikor a kezelés folytatásáról határozni. Tudomásul veszem, hogy az intézet személyes és egészségügyi adataimat a vonatkozó törvényben meghatározott módon kezeli. A kezelőorvost - annak ezirányú kérdéseire válaszolva - tájékoztattam az összes, betegségemmel összefüggő fontos körülményről (gyógyszerérzékenység, betegségek, szedett gyógyszerek, egyéb előzmények).

Hozzájárulok a rólam készült fotók oktatási és tudományos célú felhasználásához, amennyiben azokon nem vagyok felismerhető.

Beteg aláírása: \_\_\_\_\_ vagy Képviselő olvasható aláírása:

TAJ száma: \_\_\_\_\_

Nyilatkozat fogorvosi kezelés visszautasításáról - Oralis Diagnosztika Tanszék

Kijelentem, hogy a betegségemre javasolt kezelést nem fogadom el annak ellenére, hogy ennek az egészségemre gyakorolt kockázatairól felvilágosítottak, és az emiatt bekövetkező esetleges egészség-károsodásért a felelősséget vállalom. A visszautasító nyilatkozatot bármikor visszavonhatom alaki kötöttségek nélkül.

Beteg aláírása: \_\_\_\_\_ vagy Képviselő olvasható aláírása:

TAJ száma: \_\_\_\_\_

Dátum (Date):

Orvos olvasható aláírása és beosztása:



# Extraorális vizsgálat





# Nyálkahártya szűrővizsgálata

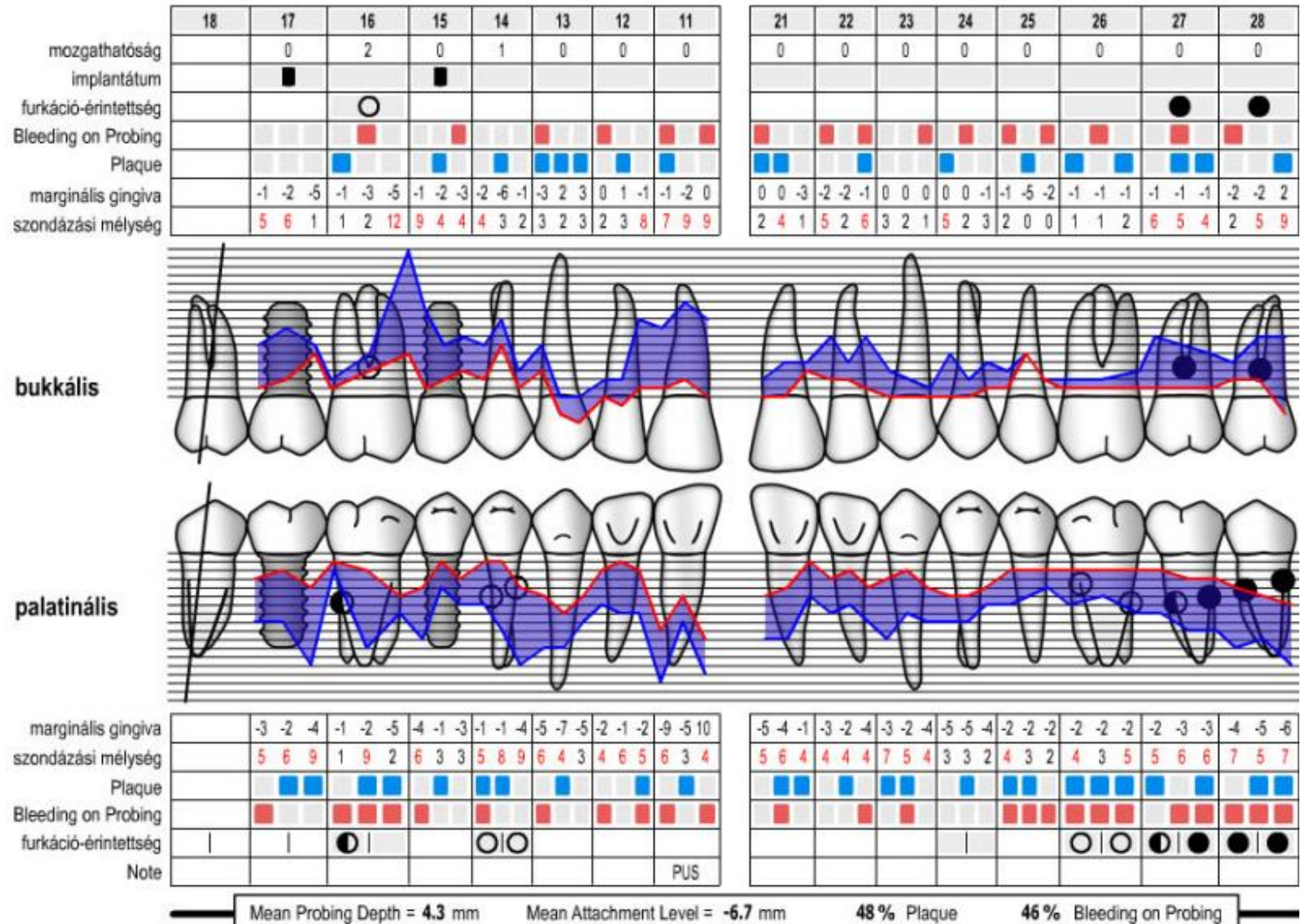


# Fogazati státusz

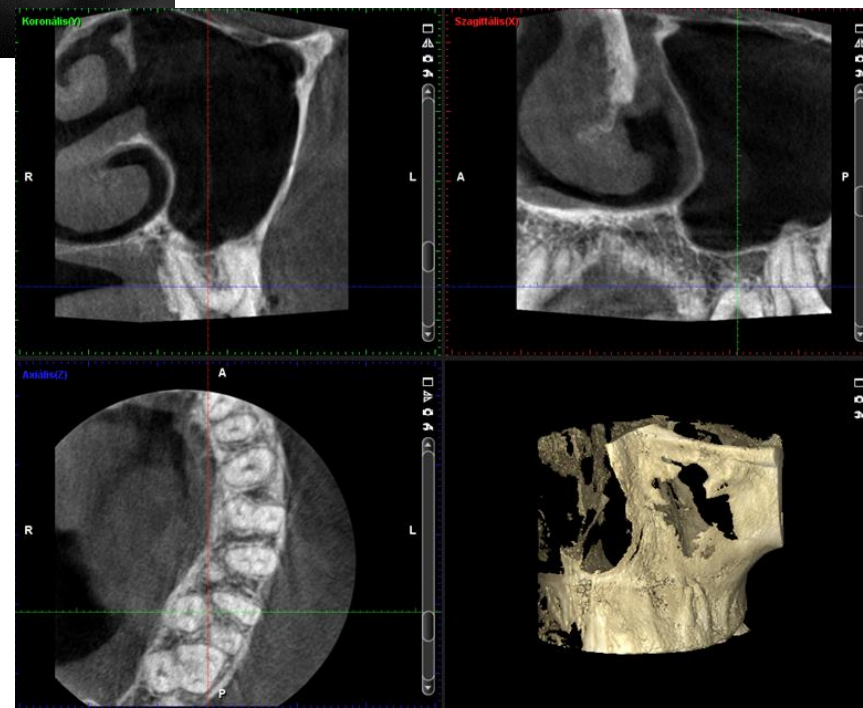
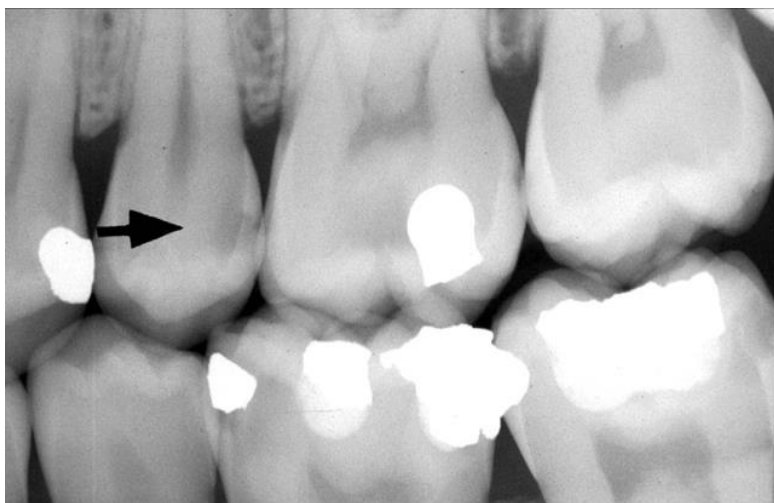




# Parodontológiai státusz



# Röntgen vizsgálat





# Kiegészítő vizsgálatok



Figure 2: Squamous cell carcinoma after toluidine blue staining

