Planning of complex dental service, sequence or urgency

DR VÁG JÁNOS

DEPARTMENT OF CONSERVATIVE DENTISTRY, SEMMELWEIS UNIVERSITY

Restorative Dentistry

A. Damien Walmsley
Trevor F. Walsh
Phillip J. Lumley
F. J. Trevor Burke
Adrian C. Shortall
Richard Hayes-Hall
Iain A. Pretty

SECOND EDITION

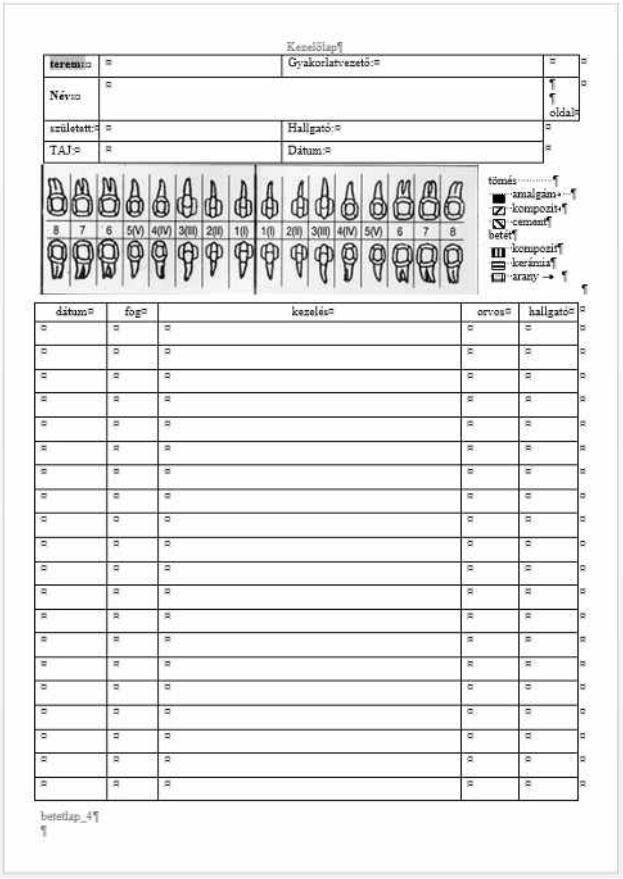
Setting up a treatment plan

- **Phase 1: history**
  - Reason for attendance – simple statement
  - Complains of - questions – must solve the problem
  - History of present complaint
  - Medical history
  - Dental history
  - Personal/social history
- **Phase 2: examination**
  - Extraoral
  - Intraoral
  - Special investigations
- **Phase 3: diagnosis**
- **Treatment plan**
- **Signature**
- **Summary**

Table 3.1 Questions to help build a pain history

Aspect of pain	Questions to ask
Location of pain	Where is the pain? Is it localised or does it radiate?
Intensity	How severe is the pain? Does it keep you awake at night?
Onset	When did the pain start and how long has it been present?
Duration	Does it last a few seconds or a couple of hours?
Previous history	Has this pain occurred before?
Frequency	How often do you get the pain?
Initiating factors	Is the pain spontaneous or does it require a stimulus? Is it affected by hot or cold, sweet things, biting or postural position?
Relieving factors	What relieves the pain? Is it helped by analgesics, biting or the application of cold?

Patient assessment



Kezelőlap¶

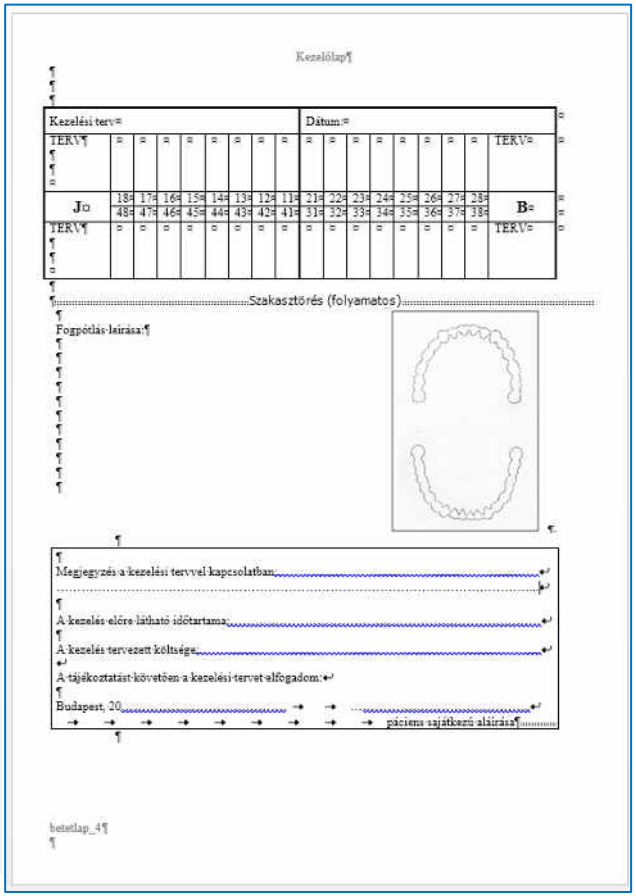
terem:		Gyakorlatvezető:	
Név:			oldal:
született:		Hallgató:	
TAJ:		Dátum:	

tömés
- amalgám
- kompozit
- cement

betét
- kompozit
- kerámia
- arany

dátum	fog	kezelés	orvos	hallgató

betetlap_4¶



Kezelőlap¶

Kezelési terv									Dátum:								
TERV																	TERV
Jo	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28	Bal
	48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38	
TERV																	TERV

Szakasztörés (folyamatos)

Fogpótlás leírása:

Megjegyzés a kezelési tervvel kapcsolatban:

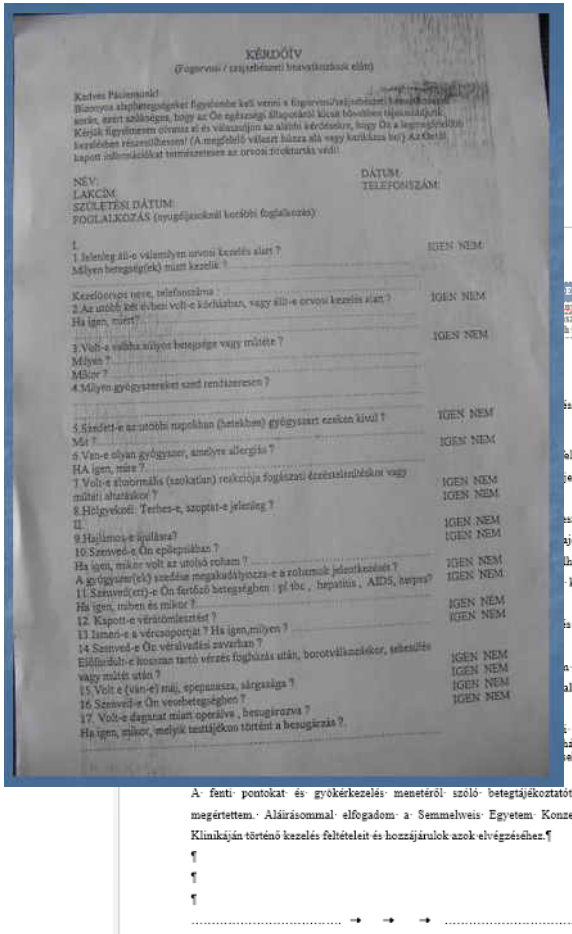
A kezelés elére látható időtartama:

A kezelés tervezett költsége:

A tájékoztatást követően a kezelési tervet elfogadom:

Budapest, 20.. → → → páciens sajátkezű aláírása

betetlap_4¶



KÉRDŐÍV

(Fogorvosi / szájsebészeti beavatkozások előtt)

Kedves Páciensünk!

Bizonyos alapbetegségeket figyelembe kell venni a fogorvosi/szájsebészeti beavatkozások során, ezért szükséges, hogy az Ön egészségi állapotáról kicsit bővebben tájékozódjunk. Kérjük figyelmesen olvassa el és válaszoljon az alábbi kérdésekre, hogy Ön a legmegfelelőbb kezelésben részesülhessen! (A megfelelő választ húzza alá vagy karikázza be!) Az Önnel kapcsolatos információkat természetesen az orvosi titoktartás védi!

NÉV: DÁTUM:
LAKCÍM: TELEFONSZÁM:
SZÜLETÉSI DÁTUM:
FOGLALKOZÁS (nyugdíjasoknál korábbi foglalkozás)

1. IGEN NEM
Jelenleg áll-e valamilyen orvosi kezelés alatt ?
Milyen betegség(ek) miatt kezelik ?

Kezelőorvos neve, telefonszáma:
2. Az utóbbi két évben volt-e kórházban, vagy áll-e orvosi kezelés alatt ? IGEN NEM
Ha igen, miért ?

3. Volt-e valaha súlyos betegsége vagy műtétje ? IGEN NEM
Milyen ?
Miért ?
4. Milyen gyógyszereket szed rendszeresen ?

5. Szedett-e az utóbbi napokban (hetekben) gyógyszert ezeken kívül ? IGEN NEM
Mit ? IGEN NEM
6. Van-e olyan gyógyszer, amelyre allergiás ?
HA igen, mire ?
7. Volt-e abnormális (szokatlan) reakciója fogászati érzéstelenítéskor vagy műtéti altatáskor ? IGEN NEM IGEN NEM
8. Helyeztek-e Önbe szervezetidegen anyagot (pl. szívbillentyű, ízületi protézis, stb.) ? IGEN NEM
Ha igen, mikor ? IGEN NEM
9. Hallomos-e újulásra? IGEN NEM
10. Szenved-e Ön epilepsziában ? IGEN NEM
Ha igen, mikor volt az utolsó roham ? IGEN NEM
A gyógyszer(ek) szedése megakadályozza-e a rohamok jelentkezését ? IGEN NEM
11. Szenved(ett)-e Ön fertőző betegségben (pl. tbc, hepatitis, AIDS, herpes)?
Ha igen, mikor és miben ? IGEN NEM
12. Kapott-e vérátömlesztést ? IGEN NEM
13. Ismeri-e a vércsoportját ? Ha igen, milyen ? IGEN NEM
14. Szenved-e Ön véralvadási zavarban ? IGEN NEM
Előfordult-e hosszan tartó vérzés foghúzás után, borotválkozáskor, sebesülés vagy műtét után ? IGEN NEM
15. Volt-e (van-e) máj, epebetegsége, sárgasága ? IGEN NEM
16. Szenved-e Ön vesebetegségben ? IGEN NEM
17. Volt-e daganat miatt operálva, besugározva ?
Ha igen, mikor, melyik testtájékon történt a besugárzás ?

A fenti pontokat és gyökérkezelés menetéről szóló betegtájékoztatót elolvastam, megértettem. Aláírásommal elfogadom a Semmelweis Egyetem Konzerváló Fogászati Klinikáján történő kezelés feltételeit és hozzájárulok azok elvégzéséhez.¶

¶
¶
¶

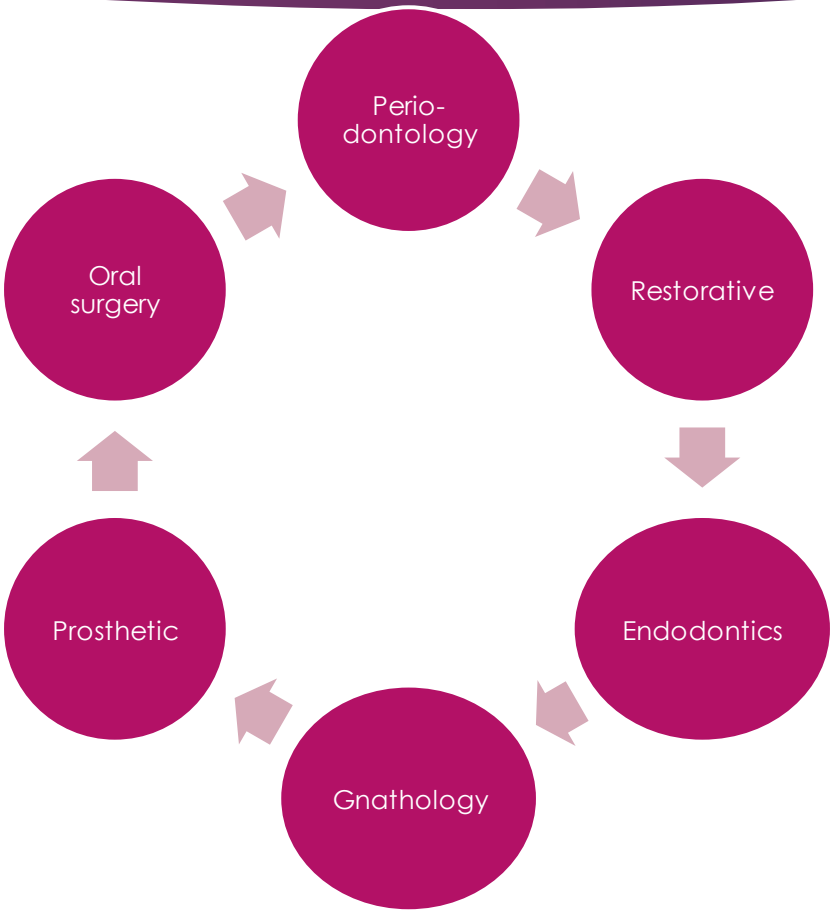
dátum → → → → → páciens aláírása¶

¶

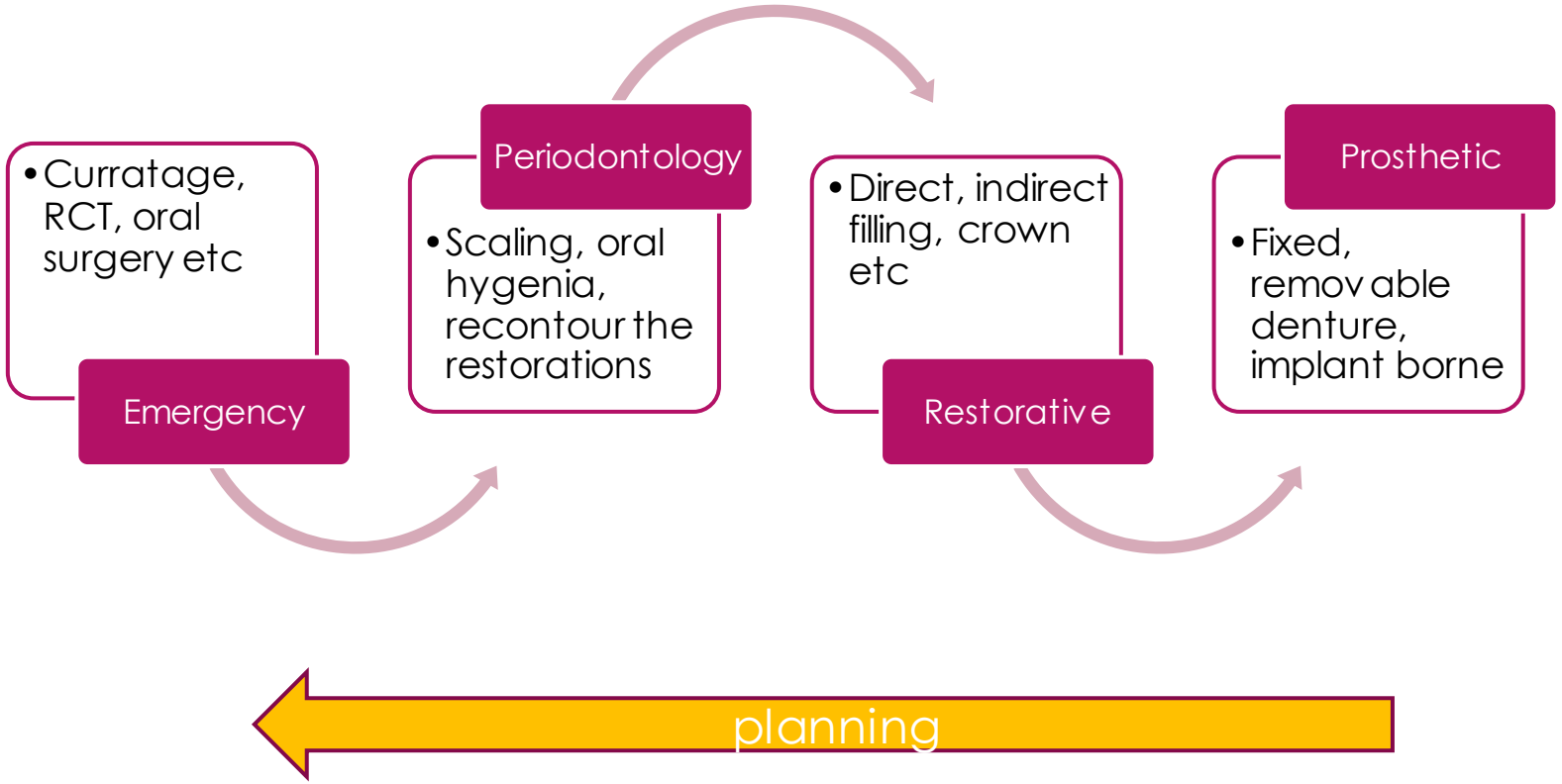
Other factors affecting the treatment plan

- the skills and experience of the treating clinician
- patient's wishes and demands.
  - Attitudes
  - Priorities
  - Expectation
  - Motivation
  - Educability
  - Financial situation

Integration of different dental subject in the treatment plan



Recommended sequence of the treatments



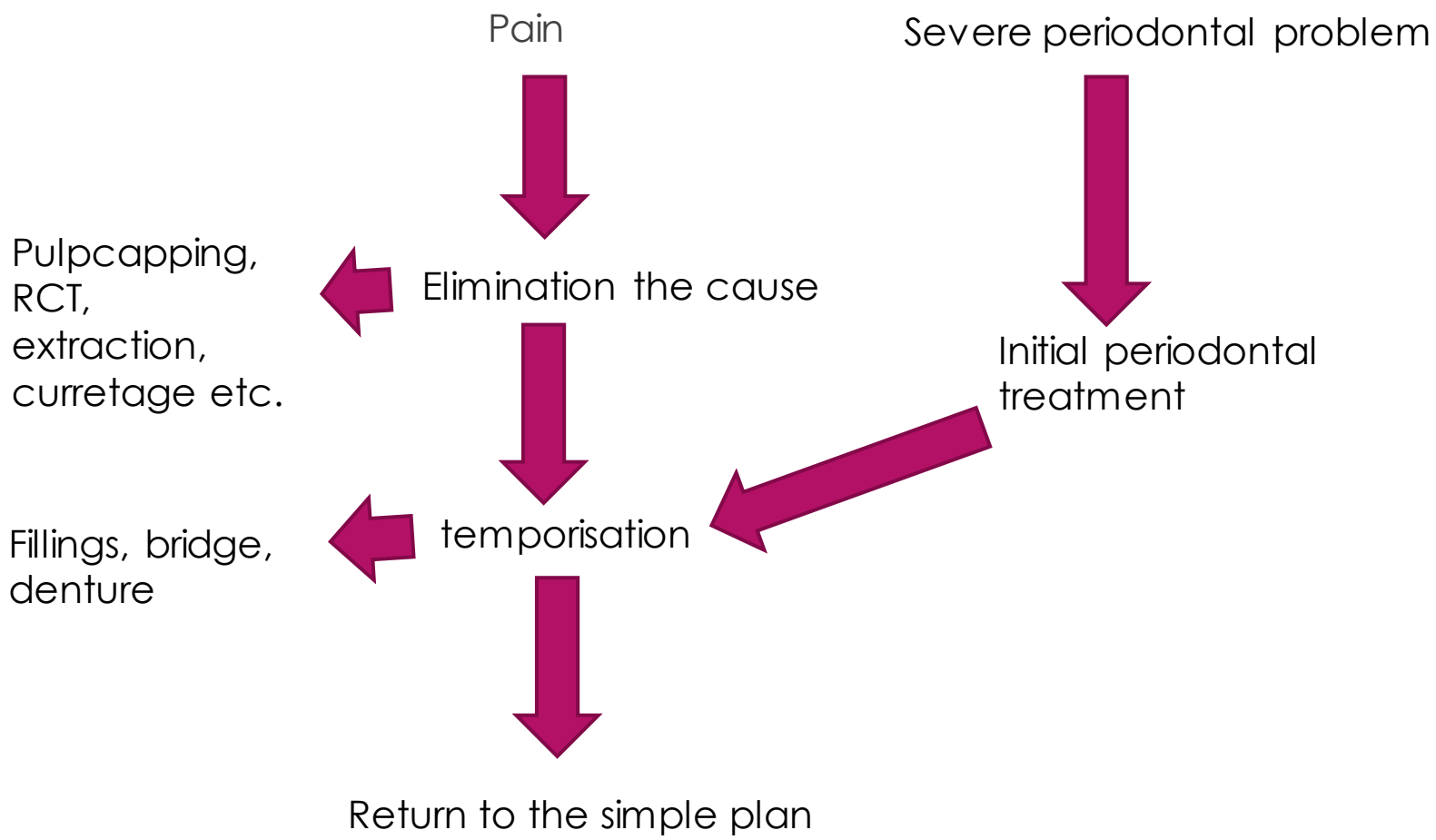
SIMPLE RESTORATIVE TREATMENT PLANS

- patient is a regular attender, no presenting complaints.

1. Oral hygiene:
   - require oral hygiene instruction vs. appropriate toothbrushing technique
   - Index, scaling, monitoring
2. Placement/replacement of plastic filling
3. Recall 6 months

Complications and Emergency

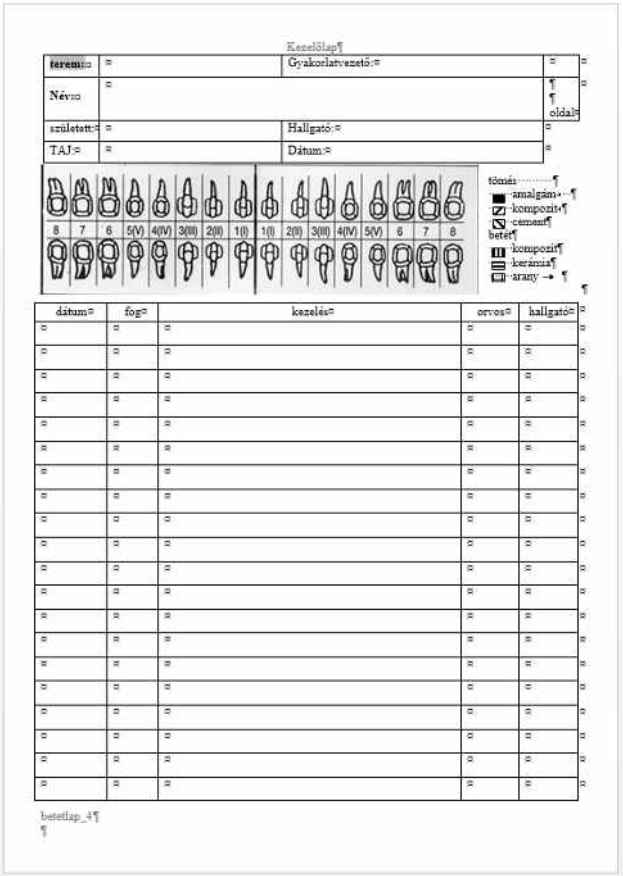
Pain, lost fillings, fracture, severe periodontal problem



Periodontal procedure

- Plaque, bleeding score, pocket
- Periodontal treatment regimen
  - Plus restorative, prosthetic, endodontic
- Review
- Need for surgery
- Maintainance

First visit plan



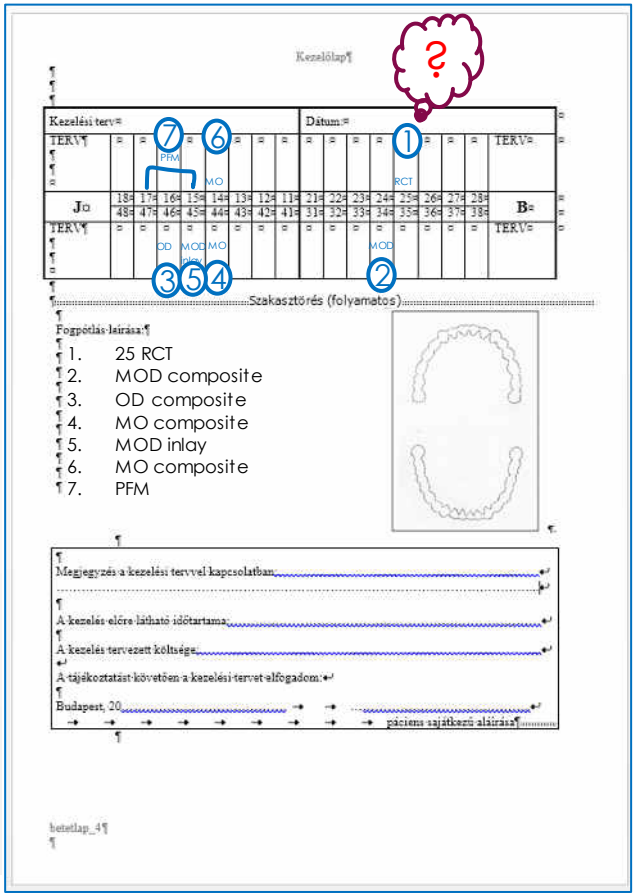
Kezelőlap

terem:		Gyakorlatvezető:	
Név:			oldal:
született:		Hallgató:	
TAJ:		Dátum:	

tömés: amalgám, kompozit, cement, betét: kompozit, kerámia, arany

dátum	fog	kezelés	orvos	hallgató

betetlap_4



Kezelőlap

Kezelési terv — Dátum:

TERV: 7 (PFM), 6 (MO), 1 (RCT)

Jo: 18 17 16 15 14 13 12 11 21 22 23 24 25 26 27 28 / 48 47 46 45 44 43 42 41 31 32 33 34 35 36 37 38 — B

TERV: OD, MOD, MO, MOD; 3, 5, 4, 2

Szakasztörés (folyamatos)

Fogpótlás leírása:

1. 25 RCT
2. MOD composite
3. OD composite
4. MO composite
5. MOD inlay
6. MO composite
7. PFM

Megjegyzés a kezelési tervvel kapcsolatban:

A kezelés elére látható időtartama:

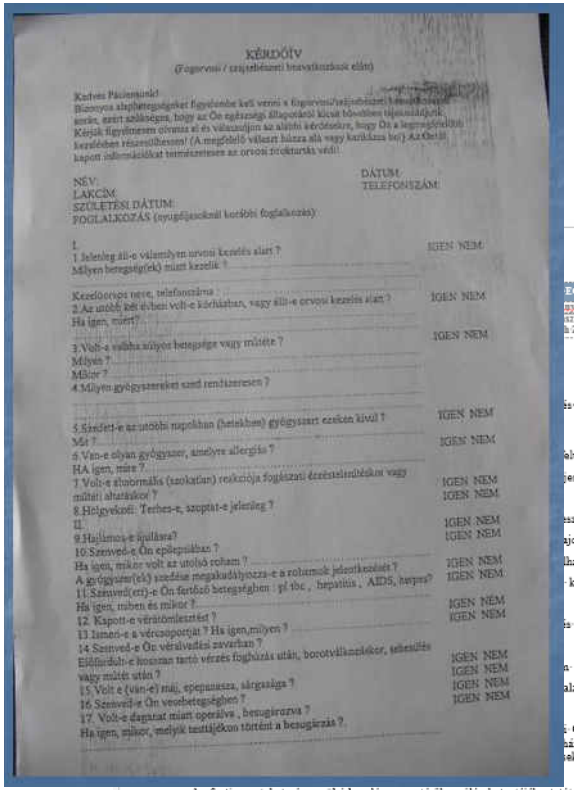
A kezelés tervezett költsége:

A tájékoztatást követően a kezelési tervet elfogadom:

Budapest, 20

páciens sajátkezű aláírása

betetlap_4



KÉRDŐÍV

(Fogorvosi / szájsebészeti beavatkozások előtt)

Kedves Páciensünk!

Bizonyos alapbetegségeket figyelembe kell venni a fogorvosi/szájsebészeti beavatkozások során, ezért szükséges, hogy az Ön egészségi állapotáról kicsit bővebben tájékozódjunk. Kérjük figyelmesen olvassa el és válaszoljon az alábbi kérdésekre, hogy Ön a legmegfelelőbb kezelésben részesülhessen! (A megfelelő választ húzza alá vagy karikázza be!) Az Önnel kapott információkat természetesen az orvosi titoktartás védi!

NÉV: DÁTUM:

LAKCÍM: TELEFONSZÁM:

SZÜLETÉSI DÁTUM:

FOGLALKOZÁS (nyugdíjasoknál korábbi foglalkozás)

1. Jelenleg áll-e valamilyen orvosi kezelés alatt? IGEN NEM
Milyen betegség(ek) miatt kezelik?

2. Kezelőorvos neve, telefonszáma:
Az utóbbi két évben volt-e kórházban, vagy áll-e orvosi kezelés alatt? IGEN NEM
Ha igen, miért?

3. Volt-e valaha súlyos betegsége vagy műtéte? IGEN NEM
Milyen?
Mikor?

4. Milyen gyógyszereket szed rendszeresen?

5. Szedett-e az utóbbi napokban (heteken) gyógyszert ezeken kívül? IGEN NEM
Mit? IGEN NEM

6. Van-e olyan gyógyszer, amelyre allergiás?
HA igen, mire?

7. Volt-e túlérzékenység (szokatlan) reakciója fogászati érzéstelenítőkre vagy műtéti altatáskor? IGEN NEM

8. Hólyegvkori: Terhes-e, szoptat-e jelenleg? IGEN NEM
II.

9. Hallásos-e újulásra? IGEN NEM

10. Szenved-e Ön epilepsziában?

Ha igen, mikor volt az utolsó roham? IGEN NEM

A gyógyszer(ek) szedése megakadályozza-e a rohamok jelentkezését? IGEN NEM

11. Szenved(ett)-e Ön fertőző betegségben : pl tbc , hepatitis , AIDS, herpes? IGEN NEM
Ha igen, mikor és miért?

12. Kapott-e vérátömlesztést? IGEN NEM

13. Ismert-e a vércsoportját ? Ha igen,milyen ?

14. Szenved-e Ön véralvadási zavarban? IGEN NEM
Előfordult-e hosszan tartó vérzés foghúzás után, borotválkozáskor, sebesülés vagy műtét után? IGEN NEM

15. Volt e (van-e) sárgaság, epegyulladása, sárgasága ? IGEN NEM

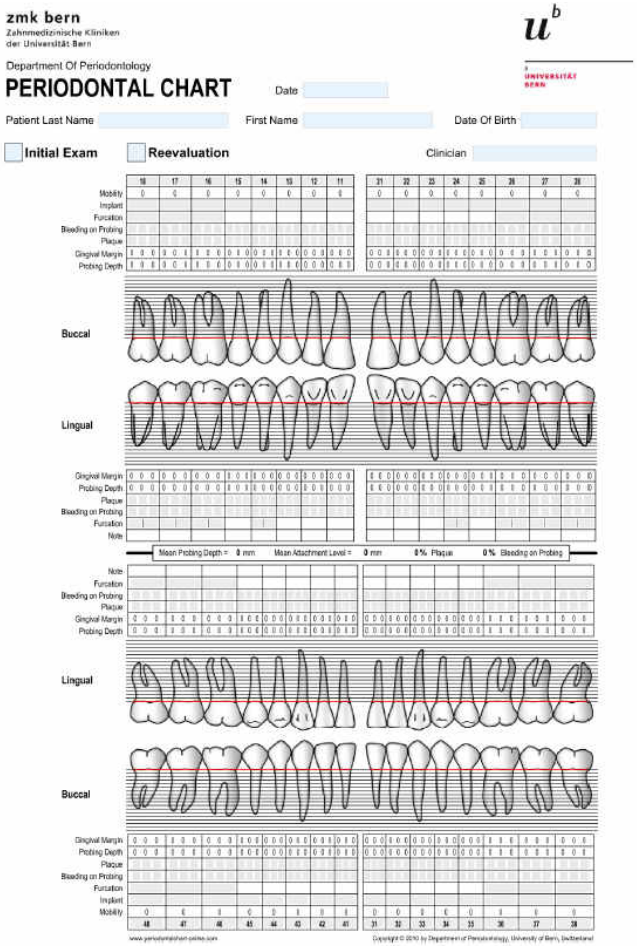
16. Szenved-e Ön vesebetegségben? IGEN NEM

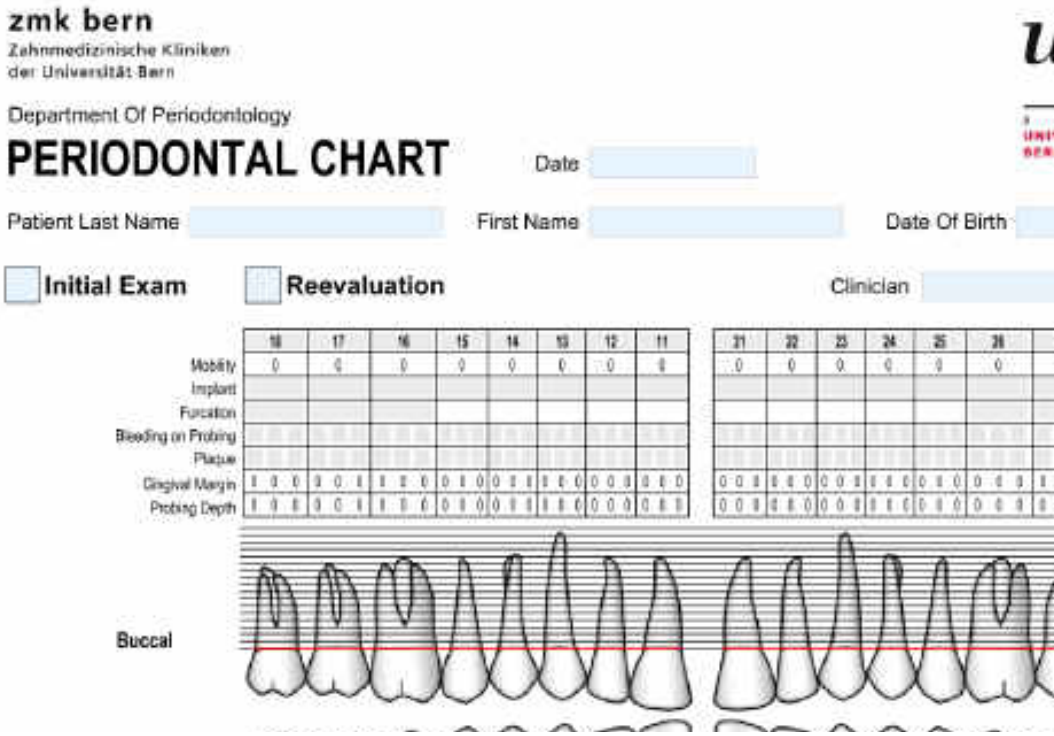
17. Volt-e daganat miatt operálva , besugározva ?
Ha igen, mikor, melyik testtájékon történt a besugárzás ?

A fenti pontokat és gyökérkezelés menetéről szóló betegtájékoztatót elolvastam, megértettem. Aláírásommal elfogadom a Semmelweis Egyetem Konzerváló Fogászati Klinikáján történő kezelés feltételeit és hozzájárulok azok elvégzéséhez.

dátum: páciens aláírása

http://www.periodontalchart-online.com/uk/





Simple operative procedures

- Re-/placement of restoration:
  - Sequence by quadrant
  - Complexity:
    - Aesthetic: Anterior restoration vs posterior
    - Advanced procedures: inlay, onlay, crown, bridge
    - Complex prosthetic work: articulated cast, way-up

ULTRAPAK
ULTRAPAK
ULTRAPAK

Direct filling

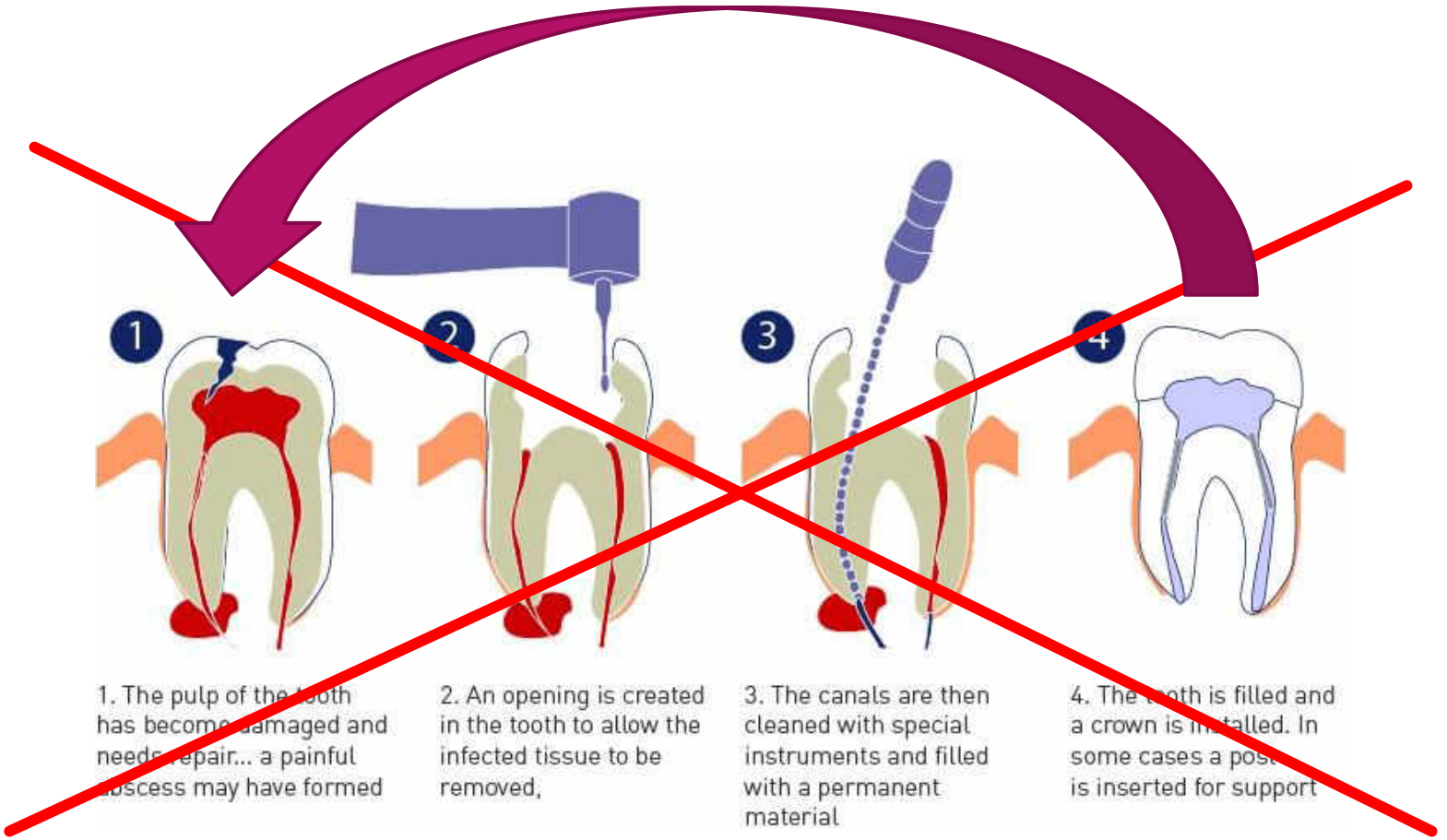
indirect filling

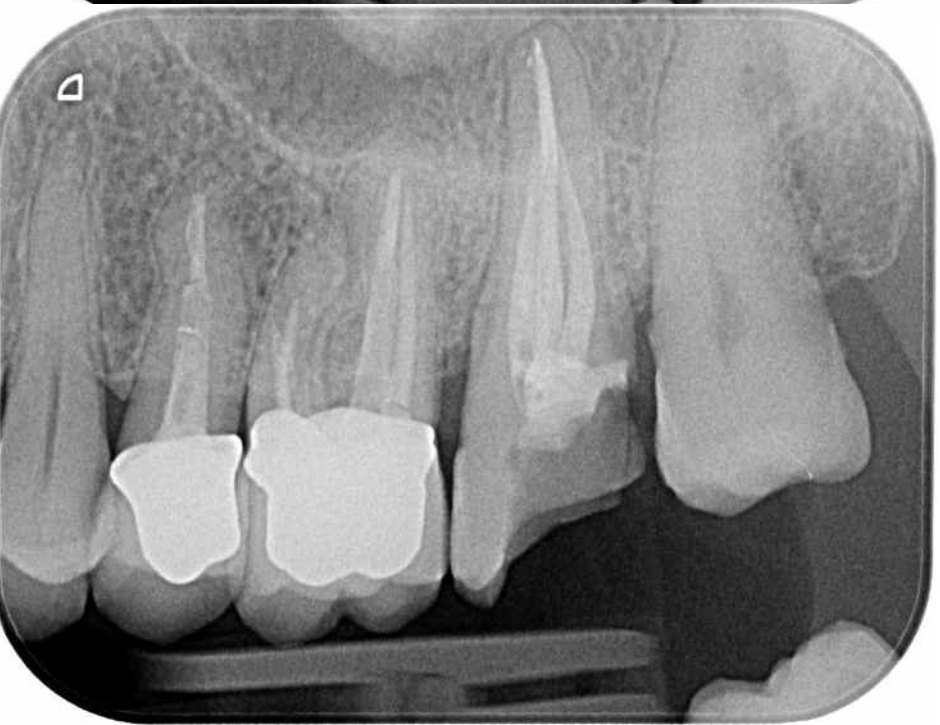
Direct filling

Endodontic therapy

- Early phase: one or mulitple visit
- Followed by restorative treament: usually onlay or crown
- Plan:
  - prognosis
  - Sufficient tooth strutcure
  - Peridontal condition
  - cost

Prepare the tooth before RCT





R
L

45

4

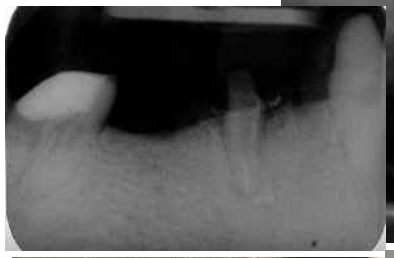
Fixed and removable prosthetics

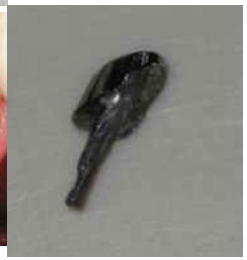
- diagnosis: cast – sem-adjustable articulator

Modification to initial treatment planning

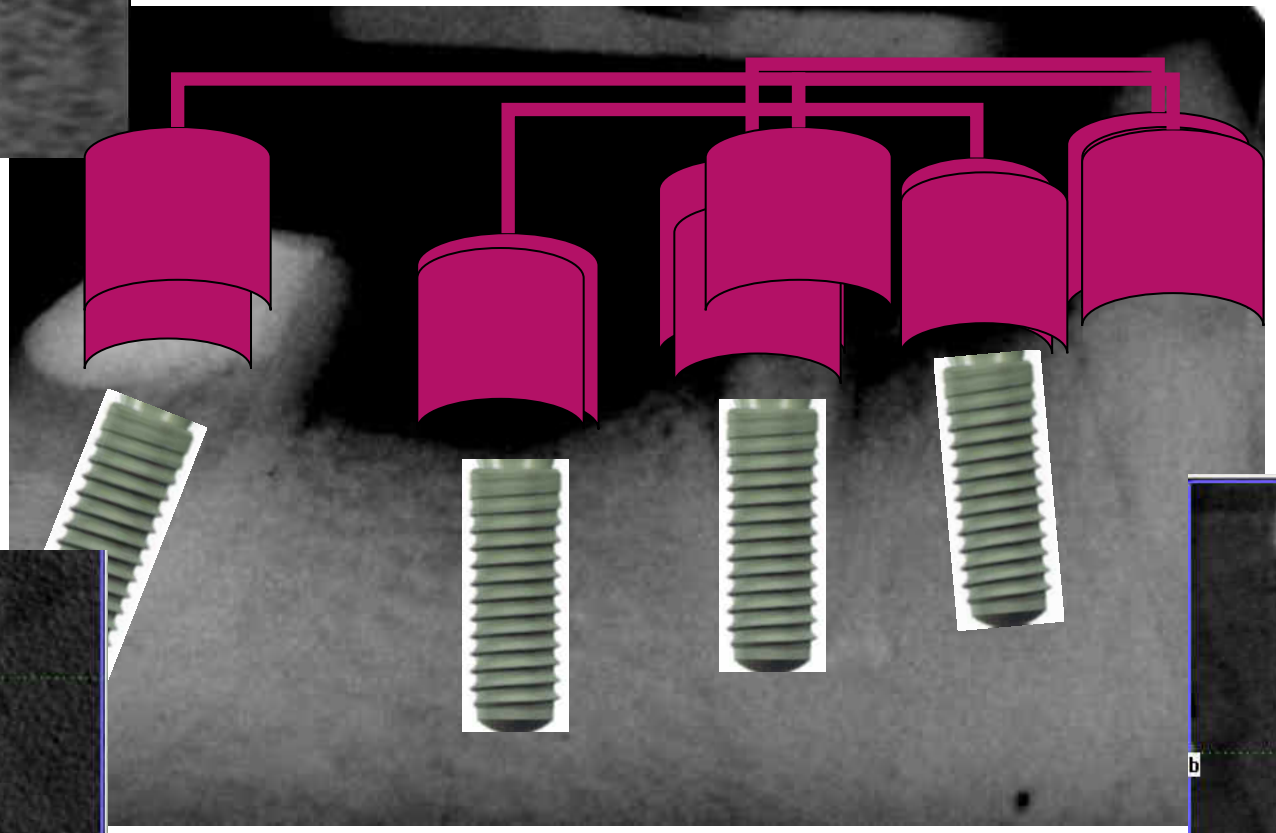
- Peridontal problems
- Endodontics
- Systemic disease

Complex treatment plan

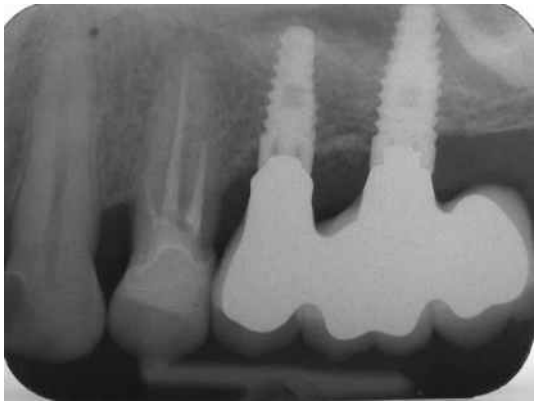


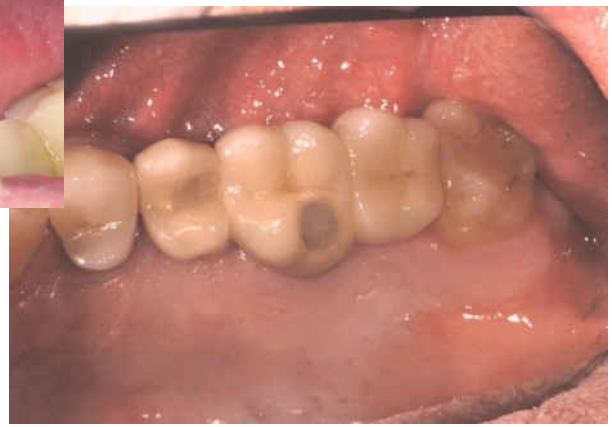


- 15% endodontális sikertelenség (bár ismételhető), legolcsóbb, több hónap, van ideiglenes, fraktúra veszély!
- 2-4% sikertelenség, nagyon költséges, több hónap, nincs ideiglenes
- 2-4% sikertelenség, közepes költség, több hónap, van ideiglenes

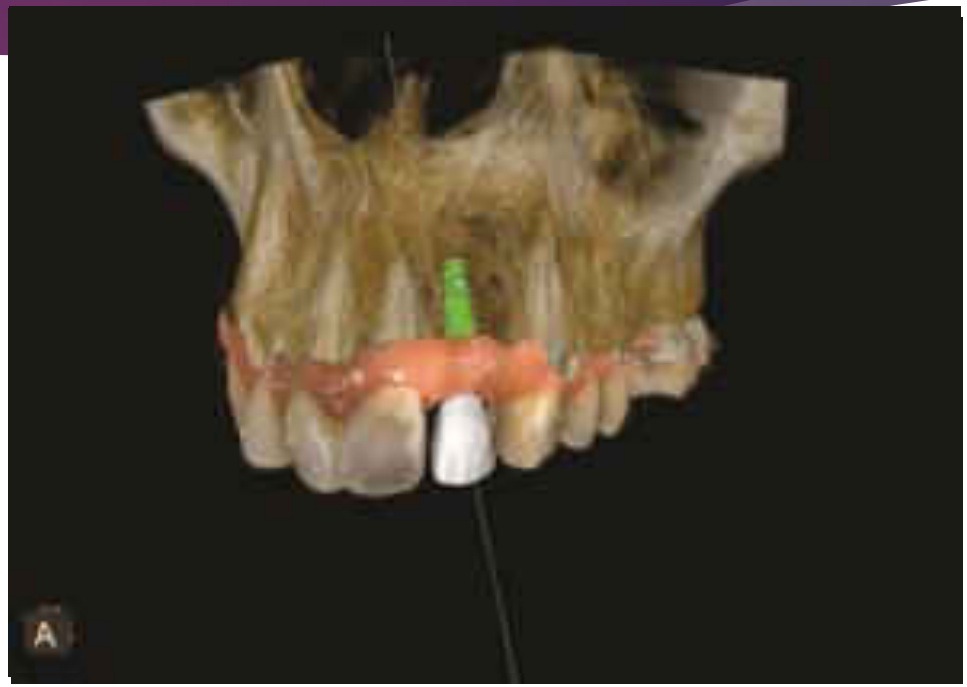


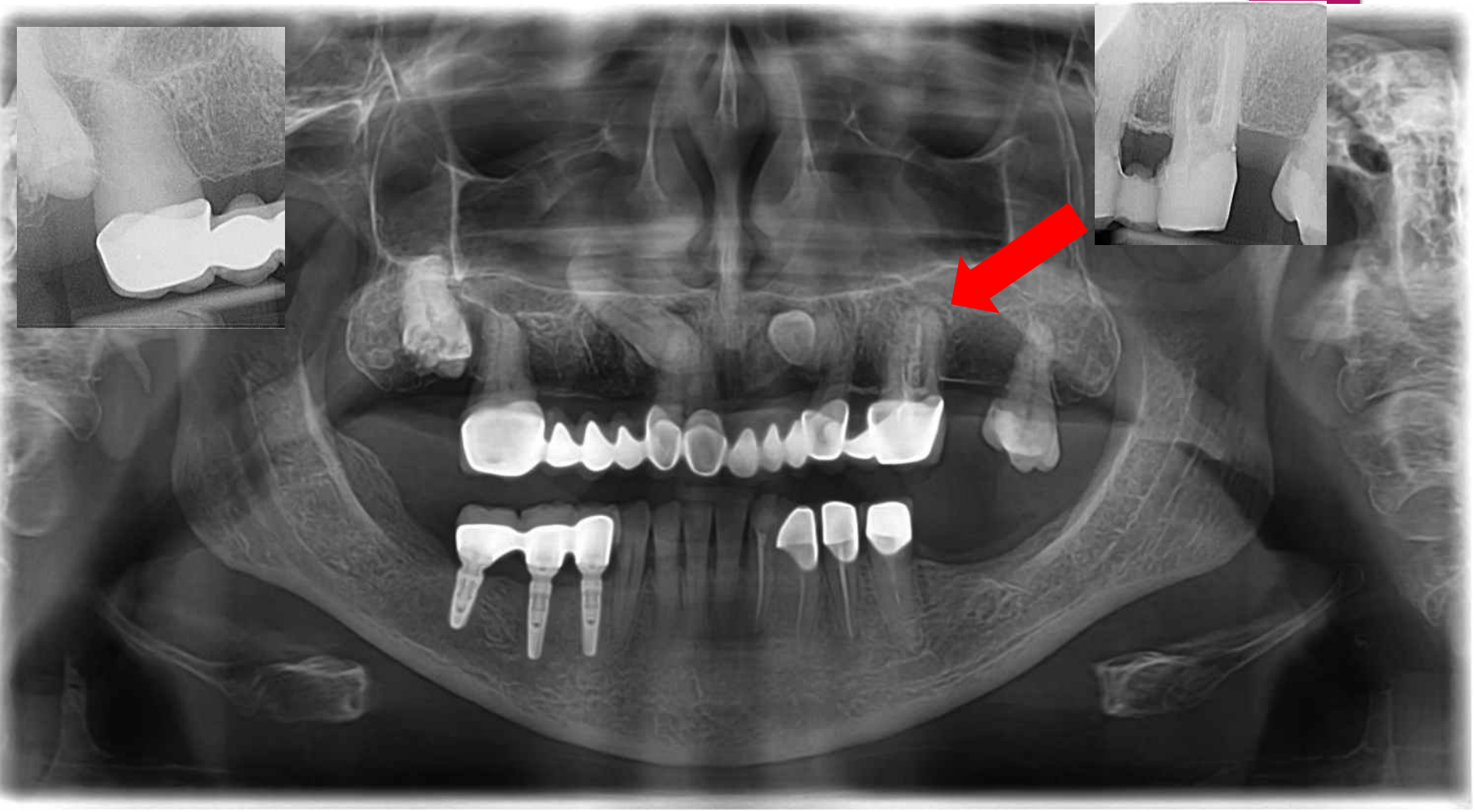
1 éves kontroll

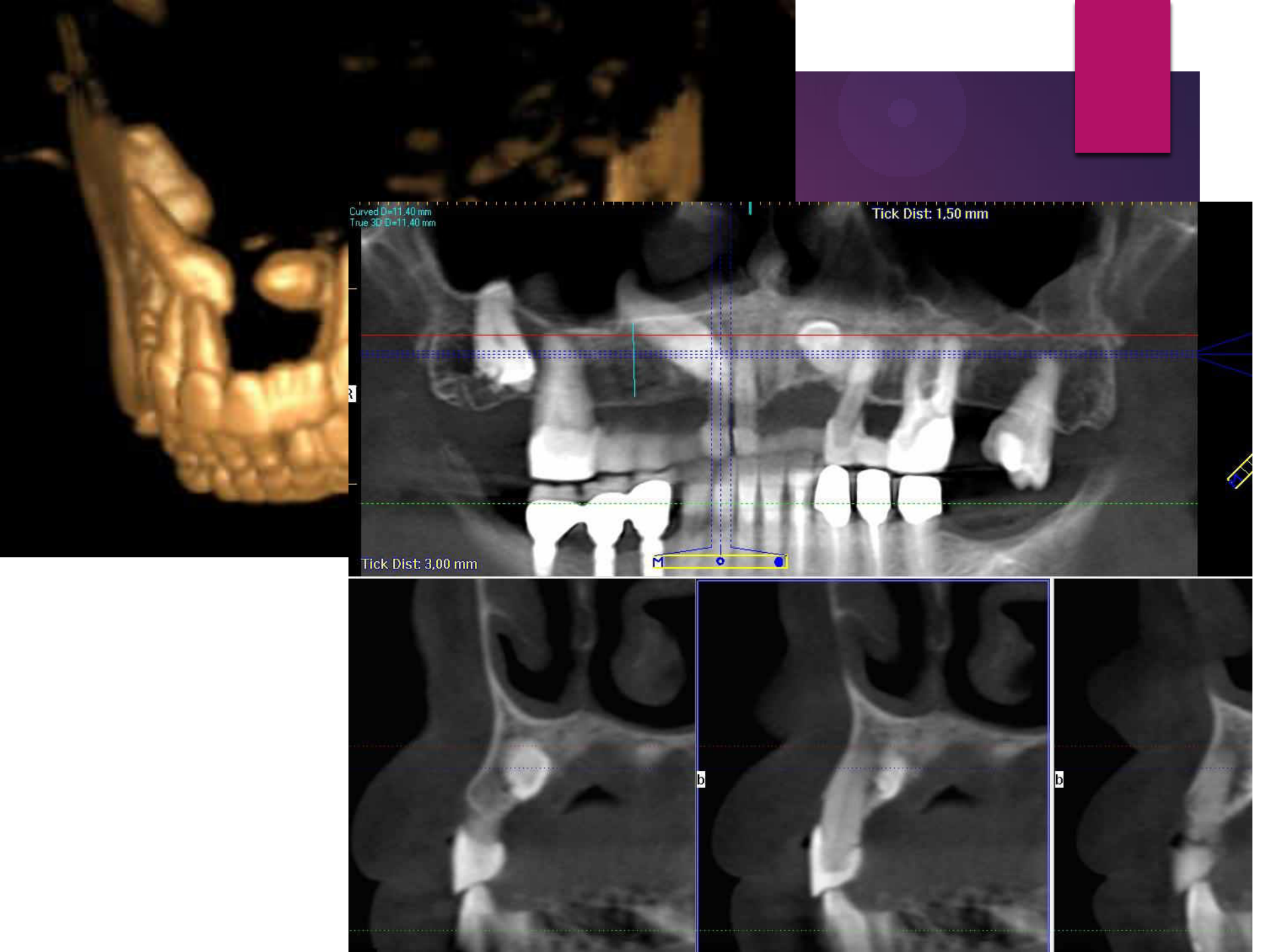


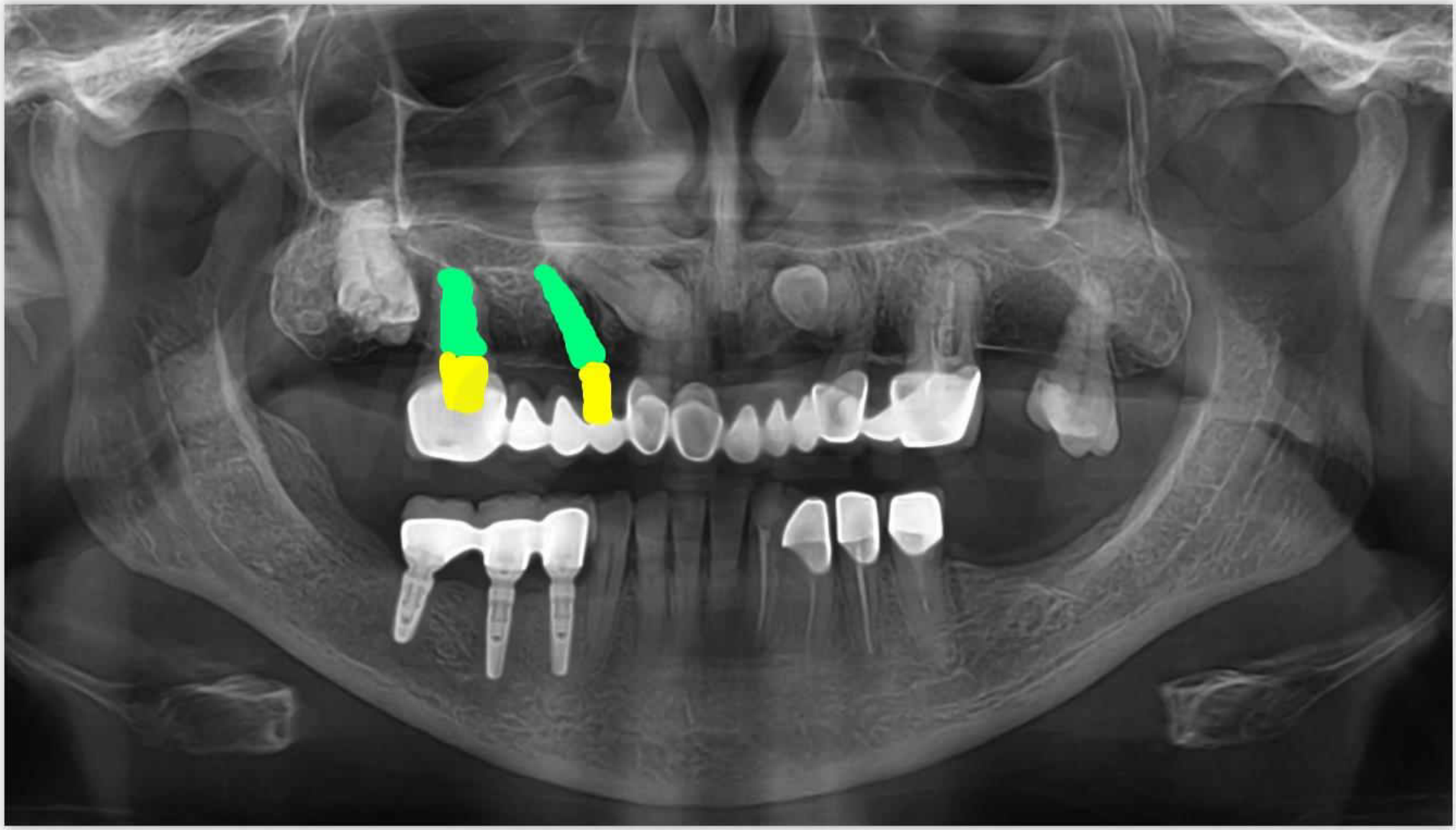


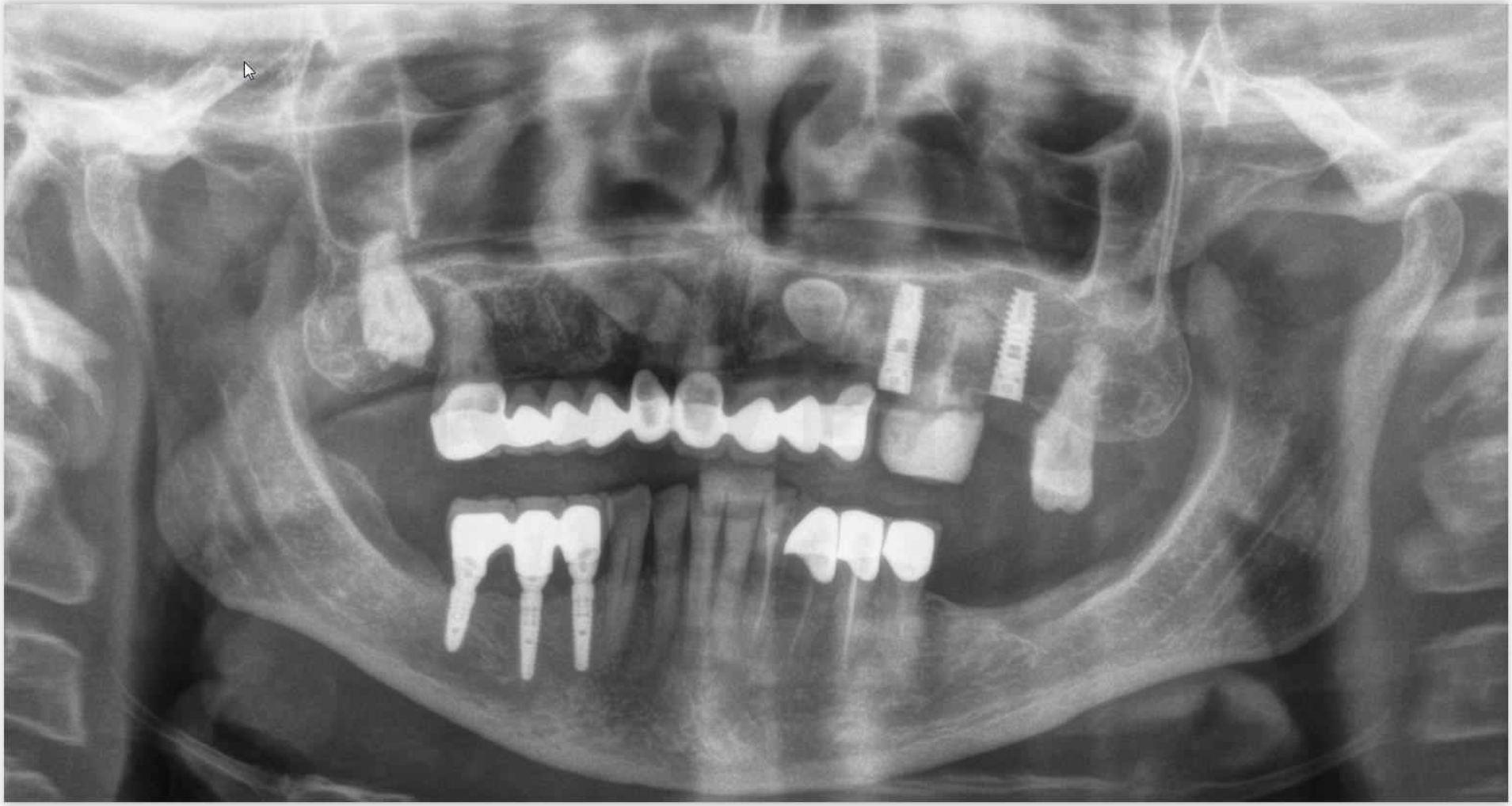
Prosthetic driven implant planning

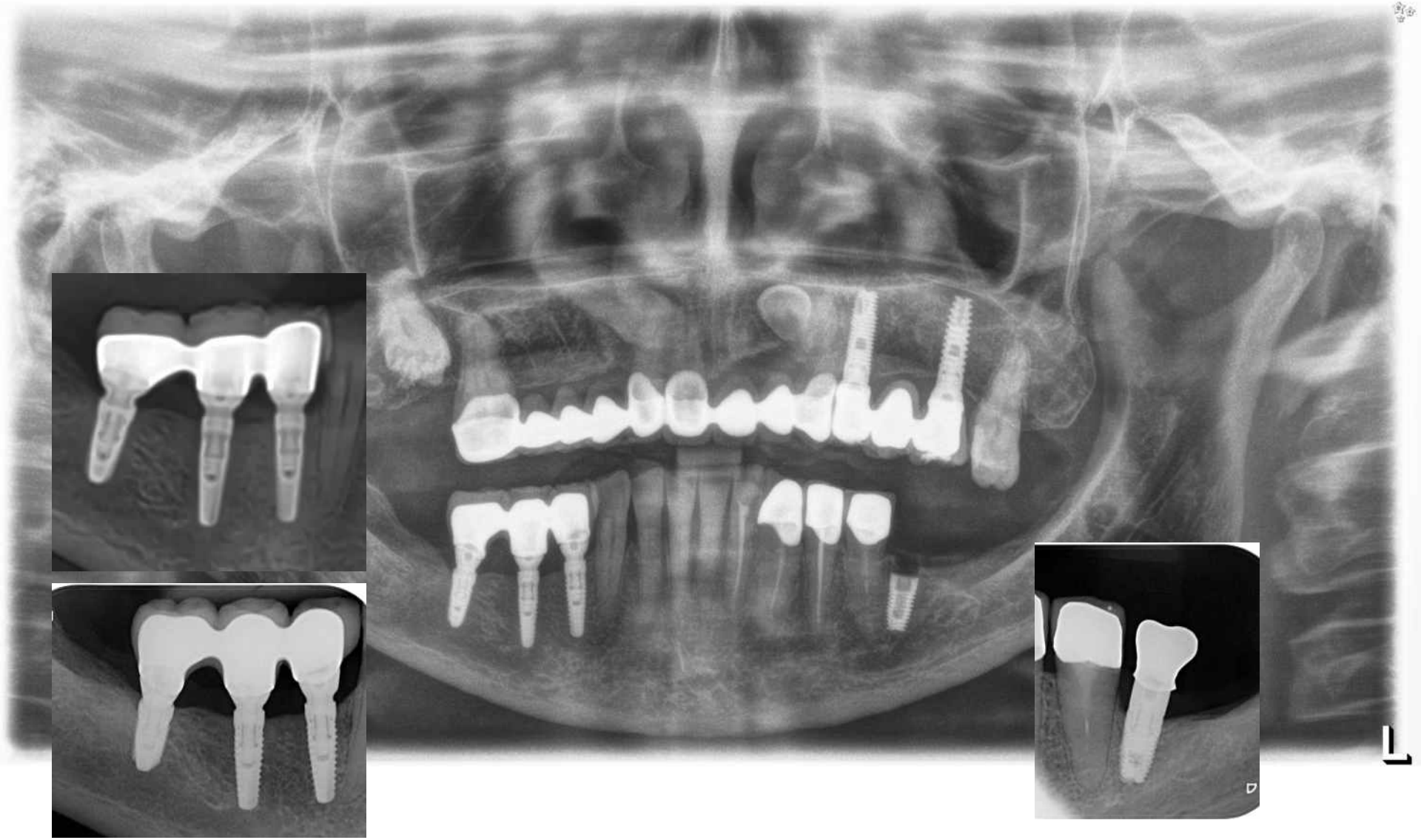


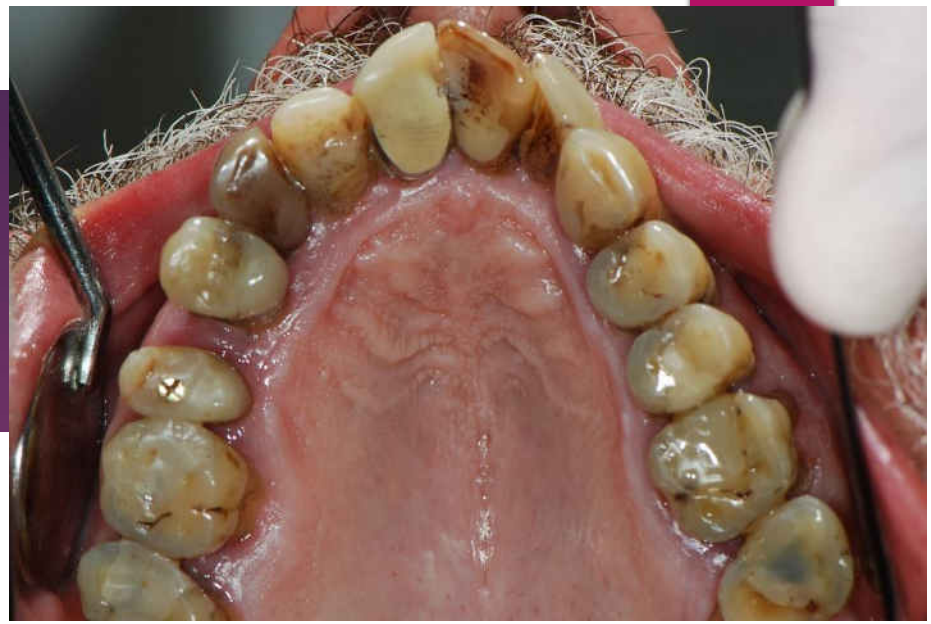



Curved D=11.40 mm
True 3D D=11.40 mm
Tick Dist: 1,50 mm
Tick Dist: 3,00 mm

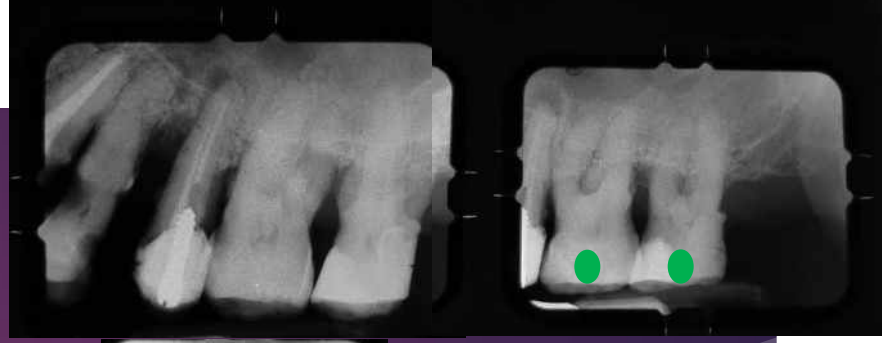
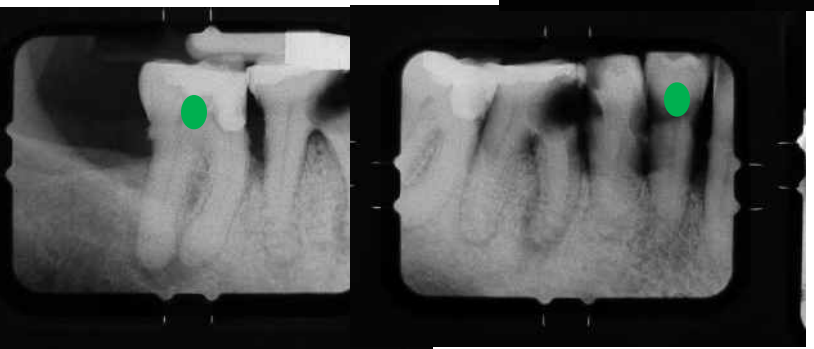
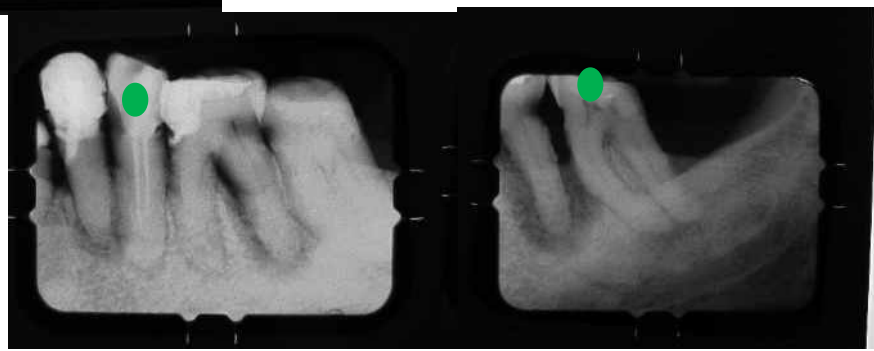
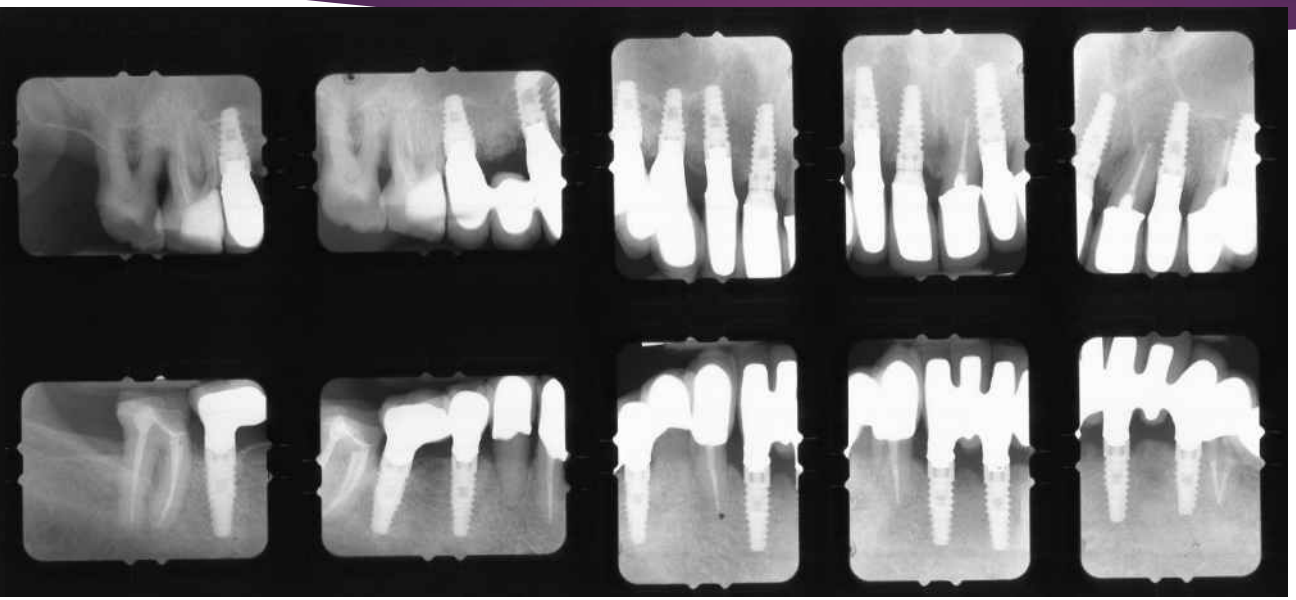
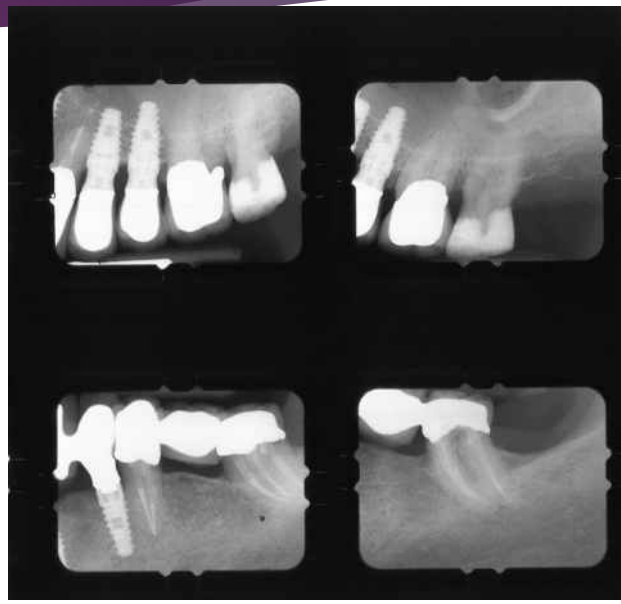








R #41756 10.09.28 P1000 PAN STD L+13 SW
68/ 9 VIKTOR ANDRAS RADIO DENTAL KFT
R
L
FOR PLANNING



7 6	1 6 7
7 4 3	5 7