



T.C.
D.Ü. DİŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ HASTANESİ
ÇENE – YÜZ KIRIKLARI DEĞERLENDİRME
FORMU

Doküman No	HB.FR.09
Yürürlüğe Gir.Tar.	01.03.2023
Revizyon No	00
Revizyon Tarihi	--
Sayfa No	Sayfa 1/2

A. Hasta Bilgisi

Doğum Tarihi:..... Yaş:..... Cinsiyet:..... Meslek:.....

Dentisyon: ☐ Daimi Dentisyon ☐ Süt Dentisyon ☐ Karışık Dentisyon

☐ Parsiyel Dişsizlik ☐ Total Dişsizlik

Oklüzyon Durumu: ☐ Oİyi ☐ OOrta ☐ OKötü

Devital Dişler:.....

Yorum:.....

B. Klinik Değerlendirme/ Cerrahi Bilgi

Doktoru:.....

Başvuru Tarihi:.....

Kazanın Olduğu Tarih:..... **Ameliyat/Bimaksiller Fiksasyon Tarihi:**.....

Gönderen Kurum/

Kişi:.....

C. Kırık Bilgisi (Sebep)

☐ Kavgga ☐ ODüşme ☐ OMesleki

☐ Trafik Kazası ☐ OHayvan Tepmesi ☐ ODİğer

Yorum:.....

Kırık Tipi

Mandibular

☐ Sol Parasimfiz ☐ OSol Corpus ☐ OSol Kondil ☐ OSol Koronoid ☐ OSol Angulus ☐ OSol Ramus

☐ Sağ Parasimfiz ☐ OSağ Korpuz ☐ OSağ Kondil ☐ OSağ Koronoid ☐ OSağ Angulus ☐ OSağ Ramus

☐ Simfiz ☐ OAlveol ☐ ODİğer

Yorum:.....

Maksiller

☐ Lefort ☐ OOrbital ☐ OZygomatik ark ☐ ONazal ☐ OAlveol ☐ ODİğer

Yorum:.....

D. İlişkili Hasar:

☐ Abrazyon / Laserasyon ☐ OOftalmolojik ☐ ONörolojik ☐ ODİğer

Yorum:.....



T.C.
D.Ü. DİŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ HASTANESİ
ÇENE – YÜZ KIRIKLARI DEĞERLENDİRME
FORMU

Doküman No	HB.FR.09
Yürürlüğe Gir.Tar.	01.03.2023
Revizyon No	00
Revizyon Tarihi	--
Sayfa No	Sayfa 2/2

E. Radyolojik Değerlendirme:

- ☐Panoramik ☐Lateral Kafa ☐Water's ☐Periapikal ☐TME ☐Okluzal ☐Lateral Oblik ☐Antero-Posterior ☐Postero-Anterior
☐Submentoverteks ☐Towne's ☐Reverse Towne's ☐Koronal CT
☐Aksiyal CT ☐3D CT ☐C-Spine ☐Lateral nazal ☐Diğer

Yorum:.....

F. Belirtiler

Radyolojik

Yorum:.....

Klinik

- ☐Kapanış bozukluğu (malokluzyon) ☐Duyu ve/veya Motor Sinir Kaybı ☐Alt çene fonksiyon bozukluğu
☐Yumuşak Doku Yaralanması ☐Kırık veya hareketli dişler ☐Ağrı ☐Kanama ☐Ödem ☐Basamak Deformitesi ☐Trismus
☐Ekimoz ☐Hematom ☐Krepitasyon ☐Mobilité

Yorum:.....

G.KIRIK TEDAVİSİ

☐Açık ☐İntra Oral ☐Ekstra Oral (Submental, Preauricular, Submandibular, Diğer)

☐Kapalı

Ameliyat / Tedavi Raporu:

Tarih:.....

Protokol no:.....

Ameliyat Ekibi

1.

2.

3.

4.

Travmaya bağlı kaybedilen ve / veya çekilmek zorunda kalan diş sayısı:

Post Operatif Komplikasyonlar: