

UNIVERSIDAD DE LA REPUBLICA
FACULTAD DE ODONTOLOGIA
MONTEVIDEO - URUGUAY

Nº _____

F I C H A C L I N I C A

CATEDRA DE TECNICA DE PROTESIS

Prof. Dr. Melchor Bocage

Estudiante:..... N°

Paciente:.....

Dirección:..... Teléfono:.....

Año:.....

Fecha _____

Calificación _____

Firma: _____

No duele _____

Suprahioides: Duele _____ cuál? _____

C) Examen Local

1) Apreciación general de salud bucal:

Higiene: Buena _____ Mala _____

Sarro: Existe _____ No existe _____

Halitosis: Existe _____ No existe _____

Caries: Existen _____ No existen _____

Placa bacteriana: Existe _____

No existe _____

Saliva abundante _____ Escasa _____

Viscosa _____ Fluida _____

2) Tejidos blandos de la cavidad oral:

Labios, mejillas, encía, paladar, lengua, piso de boca, amígdalas: Aspecto:

Normal _____

Anormal _____ Dónde? _____

3) Lengua:

Reflejos: Muchos _____ Pocos _____

Tamaño: Grande _____ Mediana _____ Pequeña _____

4) Dientes:

Color _____ Colorímetro _____

Tamaño: Grandes _____ Medianos _____

Pequeños _____

Forma: Cuadrada _____ Triangular _____

Ovoide _____

Altura cuspidea: Alta _____ Baja _____

Susceptibilidad a la caries:

Marcada _____

Reducida _____

5) Maxilar Superior:

a) Bóveda Palatina:

Profundidad: Plana _____ Media _____

Profunda _____

Rugosidades: Pronunciadas _____

Poco pronunciadas _____

I) ANAMNESIS:

A) Salud general: _____
se encuentra bajo tratamiento médico? _____

B) Salud bucal:

-estado actual: Buena _____ Regular _____ Mala _____

-antecedentes odontológicos: _____

II) EXAMEN CLINICO.

A) Apreciación física y psíquica general:

B) Examen Regional.

1) Facies: Simétrica _____ Asimétrica _____

2) A.T.M.:

a) -Dolor a la palpación del cóndilo:

Derecho: Duele _____ No duele _____

Izquierdo: Duele _____ No duele _____

b) Examen Dinámico:

Grado de apertura bucal:

Normal _____ Limitado _____

Trayectoria de apertura:

Simétrica _____ Asimétrica _____

Trayectoria de cierre:

Simétrica _____ Asimétrica _____

Ruidos articulares:

Derecho: Existe _____ No existe _____

Izquierdo: Existe _____ No existe _____

3) Músculos:

Dolor a la palpación muscular: Indicar
D.o I.

Temporal: Duele _____ No duele _____

Masetero: Duele _____ No duele _____

Pterigoideo Horizontal : Duele _____

No duele _____

Pterigoideo Vertical: Duele _____

Papila incisiva: Pequeña _____
Grande _____

Torus: Existe _____ No existe _____

Surco Hamular: Profundo _____

Poco Profundo _____

Dique Posterior: Extensión mm. _____

Depresibilidad: Mucha _____

Poca _____

b) Paladar Móvil:

Movilidad: Poca _____ Media _____

Mucha _____

c) Vestíbulo:

Frenillo Labial:

Alto _____ Bajo _____

Ancho _____ Fino _____

Bridas:

Altas _____ Bajas _____

Anchas _____ Finas _____

d) Dientes:

Número _____

Distribución: Clase I II III IV

V VI

Vía de carga: Mucosa _____

Mixta _____

Déntaria _____

Posición en la arcada:

Normal _____

Anormal _____ cuál? _____

5) Maxilar inferior:

a) Vestíbulo:

Frenillo Labial:

Alto _____ Bajo _____

Ancho _____ Fino _____

Bridas:

Altas _____ Bajas _____

Anchas _____ Finas _____

Línea Oblicua Externa:

Prominente _____ No prominente _____

b) Bolsa Disto Lingual

Profunda _____

Media _____

Poco profunda _____

c) Zona Lingual Molar:

Tonicidad: Marcada _____ Redu-
cida _____

Altura: Profunda _____ Poco Pro-
funda _____

Línea oblicua interna:

Prominente _____

No prominente _____

Torus Mandibular: Existe _____

No existe _____

d) Ligamento Ptérido-Maxilar:

Tensión: Mucha _____ Poca _____

e) Papila Piriforme:

Existe _____ No existe _____

f) Dientes:

Número _____

Distribución: Clase I II III IV V
VI

Vía de Carga: Mucosa _____

Mixta _____

Dentaria _____

Posición en la arcada:

Normal _____

Anormal _____ Cuál _____

6) Examen de la Oclusión:

a) Oclusión Máxima y Posición Retrusiva Terminal:

Coinciden _____

No coinciden _____

b) Oclusión Máxima y Posición Muscular:

Coinciden _____

No coinciden _____

c) Área Céntrica:

Existe _____

- d) Propulsión:
Disoclusión Posterior:
Existe _____
No existe _____
- e) Lateralidad Derecha:
Lado de Trabajo:
Protección Canina. _____
Función de grupo _____
Lado de Balance:
Contacta _____
No contacta _____
- f) Lateralidad Izquierda:
Lado de Trabajo:
Protección canina _____
Función de grupo _____
Lado de Balance:
Contacta _____
No contacta _____
- g) Espacio libre Interoclusal: mm. _____

III) EXAMEN DE MODELOS

A) Modelo Superior:

1) Forma de la arcada:

Cuadrada _____ Triangular _____ Ovoide _____

2) Dientes ausentes:

3) Malposiciones:

4) Facetas de desgaste

B) Modelo inferior:

1) Forma de la arcada:

Cuadrada _____ Triangular _____ Ovoide _____

2) Dientes ausentes:

3) Malposiciones:

4) Facetas de desgaste:

C) Modelos en el Articulador:

1) Oclusión Máxima y Posición Retrusiva Terminal:

Coinciden _____

No coinciden _____

Dientes que contactan en P.R.T. _____

2) Trayectoria de P.R.T. a O.M.:

Desplazamiento Sagital: Existe mm. _____

No existe _____

Desplazamiento Lateral: Existe mm. _____

No existe _____

Desplazamiento vertical: Existe mm. _____

No existe _____

3) Características de la O.M.:

a) Plano sagital: Normo-Oclusión _____

Mesio-oclusión _____

Disto-oclusión _____

Overjet anterior mm. _____

Overbite anterior mm. _____

b) Plano frontal:

Puntos interincisivos:

Coinciden _____ No coinciden _____

Engranamiento Posterior:

Máximo _____ Medio _____ Nulo _____

Overjet Posterior mm. _____

4) Plano de Oclusión: Referido al plano axial:

a) Plano sagital:

Paralelo _____

Angulo abierto hacia atrás _____

Angulo abierto hacia adelante _____

Grados aproximados _____

b) Plano frontal:

Paralelo _____

Desciende a la derecha _____

Desciende a la izquierda _____

5) Propulsión:

Indicar los contactos:

6) Lateralidad Derecha:

Indicar los contactos

a) lado de trabajo

b) lado de balance

7) Lateralidad Izquierda:

Indicar los contactos

a) lado de trabajo

b) lado de balance

IV) PROGRAMACION DEL ARTICULADOR. Articulador _____

A) Trayectoria Condilea Sagital G°D: _____ G°I: _____

B) Movimiento Orbitante G°D _____ G°I: _____

C) Angulo de Bennet G°D _____ G°I: _____

D) Trayectoria incisiva:

Adaptación plástica _____

Adaptación Mecánica: Sagital G° _____

Lateral D.G° _____

Lateral I.G° _____

E) Distancia Intercondilar mm. _____

F) Plano Horizontal de Montaje:

Axio-nasal _____

Axio-orbital _____

Otro _____

REGISTRO MINIMO DE DATOS PARA SABER SI HAY DISFUNCION DEL SISTEMA ESTOMATOGNA-
TICO. (Prof. Dr. A. REBOSSIO - Dr. L. ZIELINSKY).

SI	NO

- 1) Apertura mínima activa menor de 40 mm
- 2) Desviación de la línea media en apertura o cierre
- 3) Espacio libre interoclusal de más de 4 mm.
- 4) Dolor a la palpación de los músculos masticadores
- 5) Ruidos en la A.T.M. (chasquido o crujido)
- 6) Dolor a la palpación de las A.T.M.
- 7) Posición de primer contacto muscular distinta de la posición intercuspal (O.M.)
- 8) Trayecto de P.R.T. a O.M. de más de 1 mm.
- 9) Trayecto de P.R.T. a O.M. asimétrico.

Impreso por la División
Publicaciones y Ediciones
Universidad de la República
Depósito Legal N°164.388

MAYO 1981