

PREVENZIONE DELL' OSTEONECROSI DELLE OSSA MASCELLARI

QUESTIONARIO AD USO DEI PRESCRITTORI DEI FARMACI ASSOCIATI AL RISCHIO DI OSTEONECROSI DELLE OSSA MASCELLARI PER STIMARE STATUS DENTALE E NECESSITA' VISITA/CURE ODONTOIATRICHE *

	SI	NO
Assume bisfosfonati o altri farmaci antiriassorbitivi (es. denosumab)?		
Assume farmaci antiangiogenetici?		
Si sottopone regolarmente a visite odontoiatriche Quante volte all'anno?		
Esegue con regolarità sedute di igiene orale?		
Quante volte al giorno si lava i denti con lo spazzolino?		
Usa altri presidi per l'igiene orale? (e.g. collutori, gel)		
Utilizza il filo interdentale?		
Ha mai visto sanguinare le sue gengive?		
Ha la sensazione che i denti siano mobili?		
Ha mai avuto gonfiore o dolore in sede gengivale? (ascesso parodontale, ascesso periapicale)		
Ha mai sofferto di infezioni odontogene? (faccia gonfia, pus)		
Ha mai sofferto di mal di denti?		
Ha mai avuto dei trauma dentali o alle ossa mascellari?		
Dovrà sottoporsi a estrazioni dentarie o chirurgia orale (impianti, chirurgia parodontale, chirurgia periapicale) nei prossimi mesi?		
Ha protesi dentarie? Se si, che tipo? Specificare (rimovibile o fissa)		
Si è sottoposto in passato all'inserimento di impianti dentali?		
Soffre di qualche patologia sistemica? Se si, che tipo? Specificare (e.g. osteoporosi, diabete, cancro, coagulopatia)		
Assume cortisone o metroxate? Se si, quale e da quanto tempo?		
Fuma? Se si, Specificare numero di sig/die		
Beve alcolici? Se si, Specificare numero di bicchieri/die		

*In grassetto, domande chiave: in presenza di almeno una risposta che fa sospettare uno scarso stato oro-dentale, il/la paziente dovrebbe essere riferito all'odontoiatra