**CUESTIONARIO TAMIZAJE**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1 ALERGIA ANTIBIOTICO |  | 2 ALERGIA ANESTESIA |  | 3 HEMORRAGIAS |  | 4 VIH/SIDA |  | 5 TUBERCULOSIS |  | 6 ASMA |  | 7 DIABETES |  | 8 HIPERTENSION |  | 9 ENF CARDIACA |  | OTRO |  |

Por favor, lea atentamente este cuestionario y seleccione SÍ o NO según corresponda (Si no entiende la pregunta deje en BLANCO). Esta información es confidencial:

**HA NOTADO/ EXPERIMENTADO:**

¿Presión o dolor de pecho al hacer ejercicio?

¿Los tobillos hinchados?

¿Falta de aliento o dificultad para respirar al hacer ejercicio leve?

¿Se queda sin aliento cuando se tumba o necesita más almohadas cuando duerme?

¿Reciente pérdida de peso, fiebre, sudor en la noche?

¿Tos persistente?

¿Tos con sangre?

¿Problemas de coagulación o hemorragias?

¿Presenta hematomas, moretones o cardenales con facilidad?

¿Mareo?

¿Dolor de cabeza?

¿Desmayo o perdida de la consciencia?

¿Convulsiones?

¿Visión borrosa?

¿Dificultad para ver bien?

¿Problemas nasales?

¿Ruidos o zumbidos en los oídos?

¿Dificultad para tragar?

¿Diarrea?

¿Estreñimiento?

¿Sangre en las heces?

¿Vómitos?

¿Náuseas?

¿Ictericia?

¿Sed excesiva?

¿Orina más de 6 veces al día?

¿Boca seca?

¿Dificultad al orinar?

¿Sangre en la orina?

¿Dolor o rigidez en huesos y/o articulaciones?

¿Dificultad para moverse?

**TIENE O HA TENIDO:**

**Cardiovascular:** infarto, angina, soplos, insuficiencia cardiaca, trastornos del ritmo cardiaco, apoplejía/ ictus/ accidente cerebrovascular, insuficiencia coronaria, oclusión coronaria, ateroesclerosis/ endurecimiento de las arterias

Hipertensión

Presión baja

Trombosis, Embolia

¿Marcapasos?

¿Cardiopatías congénitas?

¿Fiebre reumática o enfermedad cardíaca reumática?

¿Válvula artificial del corazón?

¿Articulación artificial?

**Digestivo**

¿Problemas del estómago, úlceras? Úlcera de estómago, Gastritis, Colitis

**Hepático**

¿Hepatitis, ictericia, cirrosis u otras enfermedades hepáticas?

Enfermedades de la vesícula biliar

**Infectocontagiosos**

Enfermedades venéreas: sífilis, gonorrea, VIH/SIDA

¿Herpes?

**Locomotor**

Problemas oseo-articulares: Reumatismo, Artritis, Artrosis, Gota

**¿Enfermedades de los ojos, Glaucoma**

**Hematológicos**

Anemia, leucemia

**Nefrologico Y Urogenital**

¿Enfermedades renales (riñón), vejiga?

Calculos, Dialisis

Problemas de la próstata

**Endocrinologico**

¿Enfermedades de tiroides o glándulas suprarrenales? Trastornos de tiroides, Bocio

¿Diabetes?

**Neurologico**

Epilepsia

**Respiratorio**

¿Asma, tuberculosis, enfisema, otras enfermedades pulmonares?

Fiebre del heno

**¿Tumores, cáncer u otra patología de cabeza o cuello?** Si afirmativo, ¿Ha requerido cirugía, radioterapia, quimioterapia, trasplante de medula o algún otro tipo de tratamiento?

**¿Alergias?**

* ¿Reacciones cutáneas, urticaria, exantema cutáneo?
* Látex
* Alimentos
* Fármacos:
  + Yodo o contrastes radiográficos
  + Anestésicos locales
  + Penicilina u otros antibióticos
  + Sulfamidas
  + Aspirina o algún otro medicamento para el dolor o inflamación (AINES)
  + Codeína u otros narcóticos
  + Barbitúricos, sedantes o fármacos contra el insomnio

**¿Alguna otra enfermedad que no haya sido enumerada?**

¿Lentes de contacto?

¿Lleva aparato dental?

¿Ha estado **hospitalizado** en los últimos 5 años? Si afirmativo, ¿cuál fue el motivo?

¿Ha precisado alguna vez **cirugía**? Si afirmativo, ¿cuál fue el motivo?

¿Ha precisado alguna vez **transfusión sanguínea**? Si afirmativo, ¿cuál fue el motivo?

¿Ha tenido una **enfermedad grave** en los últimos 5 años? Si afirmativo, ¿cuál es/fue el nombre de la enfermedad?

¿Está actualmente en **buen estado de salud general**?

¿Está actualmente **bajo tratamiento médico**? Si afirmativo, ¿cuál es el **nombre de la enfermedad**? y ¿cuál es el **nombre del medicamento**?

Medicacion anterior

Medicacion actual

¿Está administrándose alguno de los siguientes medicamentos?:

* Aspirina
* Fármacos para la osteoporosis
* Fármacos para problemas cardíacos, digitálicos u otro
* Fármacos para la diabetes, Insulina, tolbutamida u otro
* Anticoagulantes
* Antihistamínicos
* Antihipertensivos
* Cortisona o corticoides
* Antibióticos o sulfamidas
* Tranquilizantes
* Anticonvulsivante, Fenitoína u otro
* Nitroglicerina
* ¿Anote algún otro medicamento que no haya sido nombrado aquí?

¿Tratamiento psiquiátrico? ¿Ha sido atendido por un psicólogo/ psiquiatra en últimos 2 años

**ESTÁ TOMANDO:**

¿Drogas de uso recreativo?

¿Tabaco de cualquier tipo? Fuma habitualmente

¿Alcohol (bebidas alcohólicas)

**SÓLO PARA MUJERES:**

¿Está o podría estar embarazada?

¿Está actualmente lactando?

¿Está tomando pastillas anticonceptivas orales u otra terapia hormonal?

**TODOS LOS PACIENTES:**

¿Tiene o ha tenido alguna otra enfermedad, condición o problema médico que NO haya sido enumerado en este cuestionario y que usted crea que yo deba conocer? Si afirmativo, explíquelo:

**Que yo sepa, he respondido completamente y correctamente a todas las preguntas. Informaré al profesional si hay algún cambio en mi salud y/o en los medicamentos que tomo en la próxima revisión sin falta.**

¿Ha sufrido o padece alguna lesión en la boca o en la mandíbula (ulcera o inflamación entre otros)? En caso afirmativo, detalle:

¿Ha tenido alguna reacción o complicación con la anestesia?

¿Ha sufrido hemorragias anormales, en relación con extracciones dentales, cirugías o accidentes previos?

¿Padece alguna **discapacidad** que le impida ser tratado en consulta dental? Si afirmativo, ¿cuál es la discapacidad?

¿Algún **problema grave asociado con algún tratamiento dental previo**? Si afirmativo, ¿cuál es/fue el problema?

¿Tiene algún dolor ahora?

Sinusitis

Bronquitis

Pleuritis

Dificultad para respirar

Sordera

Vértigo

Paralisis

Nerviosismo

Angustia

Depresión

Insomnio

**ANTECEDENTES PERSONALES Y PATOLÓGICOS** (repaso de patología sistémica por aparatos) ver cuestionario tamizaje.

**ANTECEDENTES FAMILIARES** (relativo a patología hereditaria probada (diabetes) o posiblemente relacionada (cáncer) o fácilmente transmisible (tuberculosis)

**ANTECEDENTES ODONTOLÓGICOS** (cualquier tipo de complicaciones durante tto odontológico)

**IV. EXPLORACIÓN FÍSICA GENERAL**

Aspecto general: Constitución (hábito), marcha

Piel: (coloración, cianosis, turgencia, telangiectasias, petequias, púrpura, equimosis, infecciones, piel, uñas, mucosas, cicatrices)

Tórax y aparato respiratorio: Amplitud respiratoria (débil, normal, profunda), Frecuencia respiratoria por minuto, Pared torácica (deformidades, movilidad, uso de músculos costales y accesorios), Ritmo (regular, irregular, periodico), Palpacion, Percusion, Auscultacion

Aparato cardiovascular: Vena yugular ingurgitada, Pulso venoso, Pulso arterial, Tensión arterial (T.A.), Frecuencia cardiaca (F.C.), Auscultación, E.C.G., Extremidades (edemas, cianosis, estasis, úlceras, hipocratismo (dedos en forma de palillos de tambor), varices, signos de flebitis).

Aparato respiratorio: Inspección (obesidad, cicatrices, hernias, circulación venosa colateral), Percusión, Auscultación, Palpación

Exploración neurológica

* Estado de consciencia (vigilia, confusión, obnubilación, asombro, coma)
* Psiquismo (madurez intelectual, grado de ansiedad, introversión o extraversión, agresividad, "pasotismo", etc.)

Aparato locomotor: Deformidades de tipo óseo, Articulaciones (aspecto, signos, flogosis, etc.), Amplitud de movimientos de (dedos, muñeca, codos, espalda, ingles, rodillas, tobillos, etc.), Columna (movilidad, deformidades, etc.), Musculatura (desarrollo, hipertrofias, atrofias, etc.),

**V. EXPLORACIÓN FÍSICA ESPECÍFICA:**

A. CRÁNEO-BUCOFACIAL (forma de los maxilares, defecto de la visión, presión dolorosa a la palpación sinusal, presión dolorosa a la palpación de la mastoides, presión dolorosa a la palpación del trago, observar la ausencia de parálisis facial, observar si hay asimetrías, constatar puntos dolorosos).

• Cráneo (forma del cráneo, irregularidades, dolor, arteria temporal):

• Pares craneales:

* I, II, VIII: órganos de los sentidos
* II, IV, VI: movilidad ocular intrínseca, reflejo fotomotor, reflejo de acomodación, nistagmo, parálisis
* V: reflejo corneal, Sensibilidad bucofacial (dolor, térmica, táctil, vibratoria, esterognosia)
* VII: mimica buccinador, Movilidad bucofacial (tono, temblor, masas musculares, fasciculaciones)
* IX, X: disartria, uvula, deglución y fonación
* XI: esternocleidomastoideo
* XII: situación de la lengua, atrofia, fasciculaciones

PALPACION SINUSAL

Funciones asociativas (hablar, leer):

> Cerebelo (dedo-nariz, rebote):

* Ataxia:
* Romberg:
* Movimientos involuntarios: Tics

Ojos (cejas, párpados, conjuntiva, córnea, lacrimales, exoftalmia)

Nariz y garganta (tamaño y movilidad de la úvula, amígdalas -tamaño, presencia de criptas visibles, etc.-, pilares amigdalares -asimetría-, faringe, mucosa nasal, tabique nasal, senos paranasales)

Oído y orejas (tofos, mastoides, tímpano, conducción aérea y ósea):

Articulaciones temporomandibulares

* Apertura bucal: mm
* Lateralidades: Derecha: mm Izquierda: mm
* Movilidad mandibular:
* Movilidad condílea:
* Sonidos articulares audibles o por palpación:
* Puntos dolorosos:

1. Maxilares
   1. Asimetría
   2. tumoraciones
2. INTRAORAL:

• Tejidos blandos bucales/ mucosa bucal (aspecto, integridad, color, PATOLOGIA especialmente precancerosas):

• Lengua (anomalías, movilidad, etc.):

• Glándulas salivales (flujo y drenaje de saliva):

• Labios (queilitis, etc.):

• Dientes (maloclusión (clases de Angle y otras), patología, ausencia (causa), prótesis, estado periodontal, Higiene)

C. CERVICAL (asimetrías aparentes, palpación ordenada de las probables "masas cervicales" empezando por las dos parótidas, las dos submaxilares, el tiroides y las cadenas linfáticas cervicales: submaxilares, pre y retroauriculares, de la yugular, paratraqueales, occipitales y espinales). Figura A.

Resumen de la exploración física:

**VI. EXÁMENES COMPLEMENTARIOS**

Panoramica, Periapical, oclusal, TC, RM, gammagrafías

Cultivos y antibiograma

Biometria hemática

Tiempos de coagulación: TP, TTP, INR

Biopsias

INTERCONSULTAS (precisar profesional responsable y respuesta)

**VII. DIAGNÓSTICO/S DE PRESUNCIÓN**

**VIII. PLAN DE TRATAMIENTO/ SECUENCIA DEL PLAN TERAPÉUTICO** (especificar de forma cronológica). Anexar hojas de instrucciones previas a la intervención quirúrgica

**IX. TRATAMIENTO/S** (apuntar los tratamientos realizados):

Hoja operatoria

Referencia

Hoja de consentimiento:

Hoja de Instrucciones postoperatorias:

Prescripcion

**X. CONTROL EVOLUTIVO** (hechos más relevantes de la evolución postop.)

**XI. EPÍLOGO** (cierre de la historia clínica):

Fecha:

Firma:

**XII. Actualización de historia clinica**

Han habido cambios en su salud durante el último año

**SOLICITUD DE INTERCONSULTA MÉDICA**

A: Dr.

Por favor, complete el formulario y devuélvalo al Dr.

Asunto:

Nuestro paciente presenta las siguientes patologías médicas:

En nuestra clínica hemos programado el siguiente tratamiento:

La mayoría de los pacientes sufren los siguientes trastornos con los tratamientos programados

mencionados anteriormente:

Hemorragia:

mínima (<50 mL)

importante (>50 mL)

Estrés y ansiedad:

Bajo

Medio

Alto

Firma del odontólogo Fecha

**RESPUESTA DEL MÉDICO**

Por favor, informe acerca de la necesidad del paciente de recibir profilaxis antibiótica, el estado cardiovascular actual, el estado de su coagulación y los antecedentes y el estado de las enfermedades infecciosas. Por lo general, la anestesia local se obtiene con lidocalna al 2%, epinefrina al 1:100.000. En algunas intervenciones quirúrgicas la concentración de epinefrina puede elevarse a 1 :50.000 con fines hemostáticos. La dosis de epinefrina NUNCA excede 0,2 mg en total.

SEÑALE TODO LO QUE SEA DE APLICACIÓN

PUEDE REALIZAR el tratamiento dental; NO es necesario adoptar precauciones especiales y NO es necesario instaurar profilaxis antíblótlca"

Según las recomendaciones actuales de la American Heart Association y/o de la American Academy of Orthopecic Surgeons ES necesario instaurar profilaxis antibiótica para realizar el tratamiento dental.

Son necesarias otras precauciones (enumérelas, por favor):

NO realice el tratamiento (por favor, explique el motivo)

El tratamiento puede realizarse el día (fecha)

El paciente presenta las siguientes enfermedades infecciosas:

SIDA (por favor, aporte los resultados actuales)

Hepatitis, tipo (aguda/portador)

de los datos de laboratorio)

Otra (detalle)

TB (PPD+/activa)

Se adjunta la información solicitada de importancia médica y de las pruebas de laboratorio.

**Clasificación ASA**

En la descripción de las categorías ASA que se expone a continuación, el término actividad normal o habitual se utiliza junto con el término dificultad. Las definiciones de dichos términos son las siguientes: la actividad normal o habitual se define como la capacidad de subir un tramo de una escalera o caminar dos manzanas; el término dificultad se define como la fatiga excesiva, la falta de aliento o el dolor torácico. En la figura 1 O- 7 se ilustra el sistema de clasificación ASA basado en la capacidad para subir un tramo de una escalera.

**ASA 1**

El paciente de la categoría ASA 1 se define como normal y sano. Tras revisar la información disponible, el odontólogo determina que el corazón, los pulmones, el hígado, los riñones y el sistema nervioso central se encuentran sanos y que la presión arterial es inferior a 140/90 milímetros de mercurio. El paciente no presenta una fobia excesiva y es menor de 60 años. El paciente de la categoría ASA 1 es un candidato excelente para someterse a una intervención quirúrgica o a un tratamiento dental electivo, con un riesgo mínimo de sufrir una reacción médica adversa durante el tratamiento.

**ASA2**

Los pacientes de la categoría ASA 2 padecen una enfermedad sistémica leve o son pacientes sanos (ASA 1) que presentan miedo y ansiedad extrema hacia la odontología o tienen más de 60 años. Los pacientes de la categoría ASA 2 por lo general toleran algo peor el estrés que los pacientes de la categoría ASA l; sin embargo, presentan un riesgo mínimo ante un tratamiento dental. Una clasificación ASA 2 representa una luz amarilla para el odontólogo (proceda con precaución). El tratamiento dental electivo es posible con un aumento del riesgo mínimo para el paciente durante el tratamiento. Sin embargo, el odontólogo puede considerar alguna modificación del mismo.

**ASA3**

El paciente de la categoría ASA 3 sufre una enfermedad sistémica grave que limita su actividad, pero no le incapacita. El paciente de la categoría ASA 3 no muestra en reposo signos o síntomas de dificultad (como fatiga excesiva, falta de aliento o dolor torácico); sin embargo, ante una situación de estrés fisiológico o psicológico, aparecen dichos signos y síntomas. Un ejemplo es el paciente con angina que no sufre dolor mientras