|  |
| --- |
| TELEODONTOLOGÍA: FICHA DE SEGUIMIENTO DE URGENCIA ODONTOPEDIÁTRICA DURANTE LA PANDEMIA COVID-19 |
|  |
| Odontólogo Tratante:   |
|  |  |  |  |  |
| Datos Personales | Nombre del Paciente:       |
| Edad:       | Peso:       |
| Fecha de la Consulta:       | Hora:       |
| Fecha aparición de la enfermedad/traumatismo:       | Hora:       |
| Nombre del representante o tutor:       |
| DNI / Identificación representante o tutor:       Parentesco o relación:       |
| Teléfono de contacto:       |
| Correo electrónico:       |
| ¿El paciente tiene historia de atención previa en este servicio? | [ ] SI | [ ] NO |
| ¿El paciente tiene Odontólogo/Odontopediatra previo? | [ ] SI | [ ] NO |
|  |  |  |  |
| Antecedentes Médicos | ¿Presenta alergias conocidas? | [ ] SI | [ ] NO |
| ¿Está actualmente bajo tratamiento médico? | [ ] SI | [ ] NO |
| ¿Presenta condición sistémica de base?  | [ ] SI | [ ] NO |
| ¿Ha tomado medicamentos auto prescritos? | [ ] SI | [ ] NO |
|  |  |  |  |
| Recursos Diagnósticos Complementarios | Recepción de fotos intraorales | [ ] SI | [ ] NO |
| Recepción de fotos extraorales | [ ] SI | [ ] NO |
| Otros recursos audiovisuales o imágenes diagnósticas: | [ ] SI | [ ] NO |
|  |
|  Ruta de atención:◼Telemedicina◼Urgencia Presencial◼Urgencia Hospitalaria | Telemedicina | Urgencia Presencial | Urgencias Hospilatarias |
| Traumatismo Dentofacial | ¿El traumatismo involucra el cráneo? |  |  | [ ]  |
| ¿Ha tenido pérdida de conocimiento?  |  |  | [ ]  |
| ¿Presenta desorientación en tiempo, espacio y lugar? |  |  | [ ]  |
| ¿Ha presentado vómitos? |  |  | [ ]  |
| ¿Ha tenido pérdida del equilibrio? |  |  | [ ]  |
| ¿Tiene trastornos en la visión? |  |  | [ ]  |
| ¿Presenta lateralización visual? |  |  | [ ]  |
| ¿Ha sangrado por las orejas? |  |  | [ ]  |
| ¿Tiene limitación para cerrar la boca? |  |  | [ ]  |
| ¿Presenta asimetría en la cara? |  |  | [ ]  |
| ¿Ha sangrado por la nariz? |  |  | [ ]  |
| ¿Presenta hematoma en piso de boca? |  |  | [ ]  |
| ¿Presenta sangramiento que no para solo? |  |  | [ ]  |
| ¿Presenta avulsión dental? |  | [ ]  |  |
| ¿Reimplantó el diente avulsionado? |  | [ ]  |  |
| ¿Conservó el diente avulsionado? [ ]  SI [ ] No ¿En cuál medio?      |
| ¿El diente se encuentra desplazado? | [ ]  | [ ]  |  |
| ¿El diente desplazado impide cerrar la boca? |  | [ ]  |  |
| ¿Presenta fractura de la mitad del diente? |  | [ ]  |  |
| ¿Presenta fractura dental pequeña de menos de la mitad? | [ ]  |  |  |
| ¿Ve un color diferente en el diente dentro de la fractura? |  | [ ]  |  |
| ¿Conservó el fragmento fracturado? [ ]  SI [ ] No ¿En cuál medio?      |
| ¿El diente presenta movilidad? |  | [ ]  |  |
|  |   |  |  |  |
| Inflamación/ Edema/ Infección | ¿La inflamación abarca parte de la cara? |  |  | [ ]  |
| ¿La inflamación ha aumentado rápidamente? |  |  | [ ]  |
| ¿Afecta párpados o ángulo de la mandíbula? |  |  | [ ]  |
| ¿Tiene limitación para abrir la boca? |  |  | [ ]  |
| ¿Presenta fiebre? |  |  | [ ]  |
| ¿La inflamación es de aparición reciente? | [ ]  | [ ]  |  |
| ¿Presenta inflamación que afecta parte interna de la boca? | [ ]  | [ ]  |  |
| ¿La inflamación es pequeña y tiene varios días igual? | [ ]  | [ ]  |  |
| ¿Está algún diente parcialmente erupcionado? | [ ]  | [ ]  |  |
| ¿Presenta dolor en algún diente al hacer presión? | [ ]  | [ ]  |  |
| ¿Puede identificar un diente específico como causa del dolor? | [ ]  | [ ]  |  |
|  |   |  |  |  |
| Hemorragia | ¿Puede determinar de dónde proviene el sangramiento? [ ]  SI [ ] No       |
| ¿Le ha sido realizada alguna cirugía u exodoncia recientemente? | [ ]  | [ ]  |  |
| ¿El sangrado se detiene si hace compresión? | [ ]  |  |  |
| ¿El sangrado se persiste después de hacer compresión? |  | [ ]  |  |
| ¿El sangrado está asociado a laceración por trauma? |  |  | [ ]  |
|  |   |  |  |  |
| Dolor | ¿Desde cuándo presenta el dolor?       |
| ¿Presenta úlceras en los tejidos blandos? | [ ]  |  |  |
| ¿Ha recibido tratamiento odontológico reciente? [ ]  SI [ ] No       |
| ¿Tiene aparato ortodóncico que esté produciendo el problema? | [ ]  | [ ]  |  |
| ¿Puede ver una cavitación, orificio, fractura de un diente o restauración? | [ ]  | [ ]  |  |
| ¿El dolor provocado al frío, al calor, a la masticación? | [ ]  | [ ]  |  |
| ¿El dolor es espontáneo? De aparición nocturna? |  | [ ]  |  |
| ¿Ha dejado el niño de comer por el dolor? |  |  |  |
| ¿No ha requerido toma de analgésicos? | [ ]  |  |  |
| ¿Ha tomado analgésicos y el dolor persiste después de 48 horas? |  | [ ]  |  |
|  |   |  |  |  |
| Diagnóstico Presuntivo: |
|  |
| Conducta Terapéutica | [ ] Remitido a sala de urgencias | [ ] Requiere atención presencial inmediata |
| [ ] Requiere atención presencial 15 días | [ ] Orientado con telemedicina |
| Otro:       |
| Prescripción de analgésicos: [ ]  SI [ ] No Principio activo:      |
| Dosis:       | Posología:      |
| Prescripción de antibióticos: [ ]  SI [ ] No Principio activo:      |
| Dosis:       | Posología:      |
| Seguimiento de la evolución realizado a:[ ]  24 horas [ ] 48 horas [ ] 72 horas  |
| [ ]  5 días [ ] 7 días [ ] 14 días [ ] mayor seguimiento |
| En caso de atención presencial: Recibido el consentimiento informado diligenciado y firmado: | [ ] SI | [ ] NO |
| Evolución del caso:      |
|       |