

Uppsökande verksamhet Hälsokort EPI-rapport

Personnummer:

Namn:

Boende:

Utfört datum:

Utförare:

Anamnes	
Smärta Har du eller brukar du ha ont från munnen? <input type="checkbox"/> (Nej) Har inte ont (känner ingen smärta) <input type="checkbox"/> (Ja) Har ont/känner smärta. Tänder eller munhåla är inte orsak till detta <input type="checkbox"/> (Ja) Har ont/känner smärta. Tänder och munhåla är orsaken <input type="checkbox"/> Går inte att avgöra/vet ej	Tuggförmåga Kan du äta normalkost (köttbullar, potatis och smörgås)? <input type="checkbox"/> Ja, utan svårighet <input type="checkbox"/> Nej, inte alls eller med viss svårighet beroende på bristande mun-och tandstatus <input type="checkbox"/> Nej, inte alls eller med viss svårighet beroende på andra orsaker
Tandstatus	
Egna tänder Antal tänder i ÖK: _____ Antal tänder i UK: _____	Avtagbar protes (som används) Förekomst i ÖK Förekomst i UK <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Nej
Bedömning munhygien <input type="checkbox"/> Bra: Munhålan ren, inga för ögat synliga beläggningar på tänder och slemhinnor <input type="checkbox"/> Acceptabel: Små mängder för ögat synliga mängder plack och matrester <input type="checkbox"/> Dålig: Rikligt med beläggningar och matrester på tänder, proteser och slemhinnor	Muntorrhet <input type="checkbox"/> Ingen: Munspegel glider lätt längs kindens insida <input type="checkbox"/> Ringa: Munspegel glider trögt längs kindens insida <input type="checkbox"/> Stor: Munspegeln glider inte alls längs kindens insida
Behov av nödvändig tandvård	
Bör pat hänvisas för us/behandling på tandvårdsklinik pga. en eller flera av nedanstående skador/sjukdomstillstånd? (frågan gäller inte behov av revisionsvård – det bör alla få regelbundet)	
Karies <input type="checkbox"/> Inga för ögat synliga kariesangrepp eller frakturer <input type="checkbox"/> Ringa <input type="checkbox"/> För ögat synliga kariesskador och kräver fortsatt undersökning på klinik	Parodontit <input type="checkbox"/> Från helt rent till ställvis gingivit, små mängder supra-gingival tandsten <input type="checkbox"/> Ringa <input type="checkbox"/> Generell manifest gingivit som kräver fortsatt undersökning på klinik

Behov av nödvändig tandvård	
Slemhinna <input type="checkbox"/> Inget. I stort sett retningsfria slemhinnor. Inga symtom från slemhinnorna <input type="checkbox"/> Ringa <input type="checkbox"/> Från ställvisa lokala irritationer med symtom till utbredda irritationer	Avtagbar protetik <input type="checkbox"/> Inget. Protetiska rekonstruktioner sitter bra <input type="checkbox"/> Ringa <input type="checkbox"/> Finns: Protes sitter inte bra, slemhinnereaktioner kan förekomma

Önskemål om behandling	Regelbunden tandvårdskontakt
Har patient/ombudet önskemål om behandling? <input type="checkbox"/> Inget subjektivt vårdbehov <input type="checkbox"/> Patienten vill inte åtgärda <input type="checkbox"/> Patienten vill åtgärda	Har patienten regelbunden tandvårdskontakt och i så fall hos vem? <input type="checkbox"/> Folktandvården <input type="checkbox"/> Privat tandläkare <input type="checkbox"/> Saknar regelbunden tandvårdskontakt <input type="checkbox"/> Vet ej/ingen uppgift

Anteckningar och övrigt	
Daganteckningar	Övrigt <input type="checkbox"/> Munhälsobedömning utförd <input type="checkbox"/> Vård och omsorgspersonal har deltagit vid munhälsobedömningen <input type="checkbox"/> Avrapportering har skett till sjuksköterska vid särskilt boende