

CARTELLA ESTETICA

Esaminatore _____ Data ____ / ____ / ____

Paziente _____ Età _____



FOTO DEL PAZIENTE



FOTO DEL PAZIENTE



FOTO DEL PAZIENTE

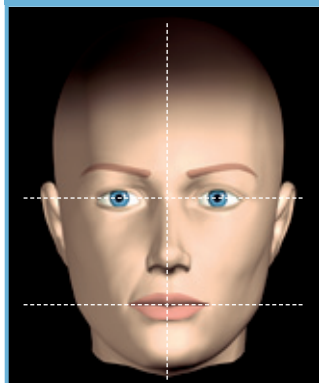
Autovalutazione estetica _____

Richieste ed aspettative _____

Preferenze denti bianchi ed allineati _____ denti con lievi irregolarità _____

Documentazione presentata: Immagine del sorriso Sì No Modelli Sì No Rx Sì No

ANALISI FACCIALE



Linea bipupillare VS orizzonte

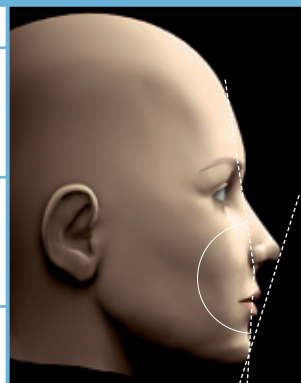
Parallela Inclinata Dx _____
 Sx _____

Linea commissurale VS orizzonte

Parallela Inclinata Dx _____
 Sx _____

Linea mediana

Centrata Deviata Dx _____
 Sx _____



Profilo

Normale
 Convesso
 Concavo

E-line

Sup mm _____ Inf mm _____

Labbra

Spesse
 Medie
 Sottili

Note _____

ANALISI DENTO-LABIALE

A RIPOSO

ESPOSIZIONE DENTALE A RIPOSO



Indicare
 A B C

Sup. mm _____
 Inf. mm _____



SORRISO

ANDAMENTO INCISALE vs LABBRO INFERIORE



Convesso

Piatto

Inverso

Sfiante

Distanziato

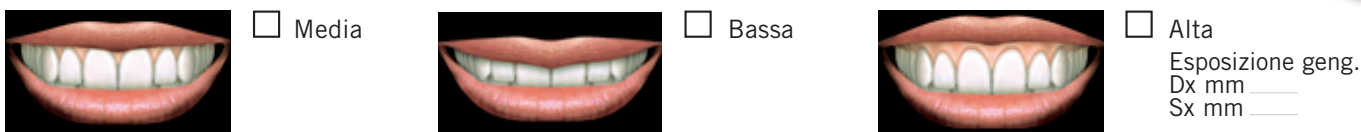
Coprente

Dx
 Sx

Dx mm _____
 Sx mm _____

Dx mm _____
 Sx mm _____

LINEA DEL SORRISO



Media

Bassa

Alta

Esposizione geng.
 Dx mm _____
 Sx mm _____

AMPIEZZA DEL SORRISO (NUMERO DENTI VISIBILI)



6-8

10

12-14

CORRIDOIO LABIALE



Normale

Ampio

Assente

Dx mm _____
 Sx mm _____

LINEA INTERINCISALE SUPERIORE vs LINEA MEDIANA



Coincidente

Spostata Dx
 mm

Spostata Sx
 mm

PIANO INCISALE - OCCLUSALE vs LINEA COMMISSURALE - ORIZZONTE



Parallelo

Inclinato Dx

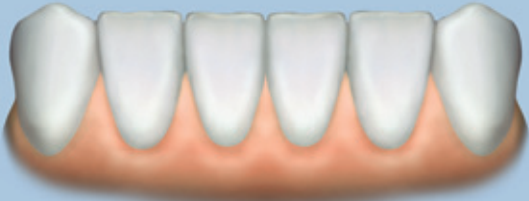

Inclinato Sx

ANNOTARE CON SIMBOLO + (SE PIÙ LUNGO) - (SE PIÙ CORTO).

mm 16	15	14	13	12	11		21	22	23	24	25	26	mm
mm 46	45	44	43	42	41		46	45	44	43	42	41	mm

ANALISI DENTALE	CONTORNO <input type="checkbox"/> Regolare <input type="checkbox"/> Irregolare	 TRACCIARE EVENTUALI IRREGOLARITÀ SUL DISEGNO 	MARGINI GENGIVALI <input type="checkbox"/> Simmetrici <input type="checkbox"/> Asimmetrici	ANALISI GENGIVALE
	PROPORZIONE <input type="checkbox"/> Regolare <input type="checkbox"/> Irregolare		ZENITH <input type="checkbox"/> Regolari <input type="checkbox"/> Irregolari	
	ANGOLI INTERINCISALI <input type="checkbox"/> Regolari <input type="checkbox"/> Irregolari		PAPILLE <input type="checkbox"/> Presenti <input type="checkbox"/> Assenti	
ASSI DENTALI <input type="checkbox"/> Regolari <input type="checkbox"/> Irregolari			BIOTIPO <input type="checkbox"/> Sottile <input type="checkbox"/> Spesso	
DISPOSIZIONE <input type="checkbox"/> Regolare <input type="checkbox"/> Affollata <input type="checkbox"/> Diastemata			ALTERAZIONI <input type="checkbox"/> Infiamm. geng. <input type="checkbox"/> Ipertrofia <input type="checkbox"/> Recessione	
			SELLE EDENTULE <input type="checkbox"/> Regolari <input type="checkbox"/> Deformate	

Note _____

ANALISI DENTALE	CONTORNO <input type="checkbox"/> Regolare <input type="checkbox"/> Irregolare	 TRACCIARE EVENTUALI IRREGOLARITÀ SUL DISEGNO 	MARGINI GENGIVALI <input type="checkbox"/> Simmetrici <input type="checkbox"/> Asimmetrici	ANALISI GENGIVALE
	PROPORZIONE <input type="checkbox"/> Regolare <input type="checkbox"/> Irregolare		PAPILLE <input type="checkbox"/> Presenti <input type="checkbox"/> Assenti	
	DISPOSIZIONE <input type="checkbox"/> Regolare <input type="checkbox"/> Affollata <input type="checkbox"/> Diastemata		BIOTIPO <input type="checkbox"/> Sottile <input type="checkbox"/> Spesso	
ASSI DENTALI <input type="checkbox"/> Regolari <input type="checkbox"/> Irregolari			ALTERAZIONI <input type="checkbox"/> Infiamm. geng. <input type="checkbox"/> Ipertrofia <input type="checkbox"/> Recessione	
CRESTA INCISALE <input type="checkbox"/> Regolare <input type="checkbox"/> Irregolare			SELLE EDENTULE <input type="checkbox"/> Regolari <input type="checkbox"/> Deformate	

Note _____
