

LISTA DE CHECKLIST ESTÉTICO

Examinador: _____ Data: ___ / ___ / ___

Paciente: _____ Idade: _____


Auto-avaliação estética: _____

Desejos e expectativas do paciente: _____

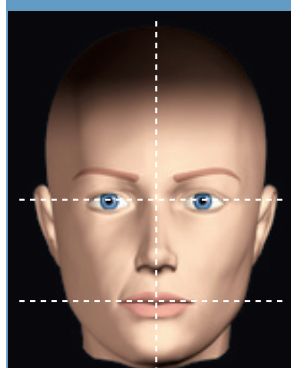
Preferências Dentes brancos e alinhados _____ Dentes com leves irregularidades _____

Registros passados: **Foto do sorriso** Sim Não

Modelos de estudo Sim Não

Radiografias Sim Não

ANÁLISE FACIAL

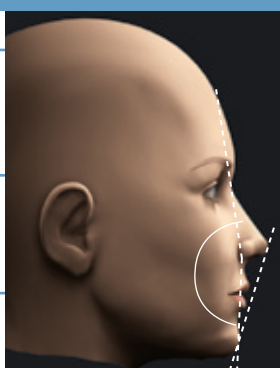

Linha interpupilar versus horizontal

 Paralela Inclinação Dir. _____
 Esq. _____

Linha da comissura versus horizontal

 Paralela Inclinação Dir. _____
 Esq. _____

Linha média facial

 Centralizada Desviada Dir. _____
 Esq. _____

Perfil

-
- Normal
-
-
- Convexo
-
-
- Côncavo

Linha E

-
- Maxila _____ mm
-
-
- Mandíbula _____ mm

Lábios

-
- Espessos
-
-
- Médios
-
-
- Finos

Notas: _____

ANÁLISE DENTOLABIAL

EM REPOUSO

EXPOSIÇÃO DENTAL EM REPOUSO



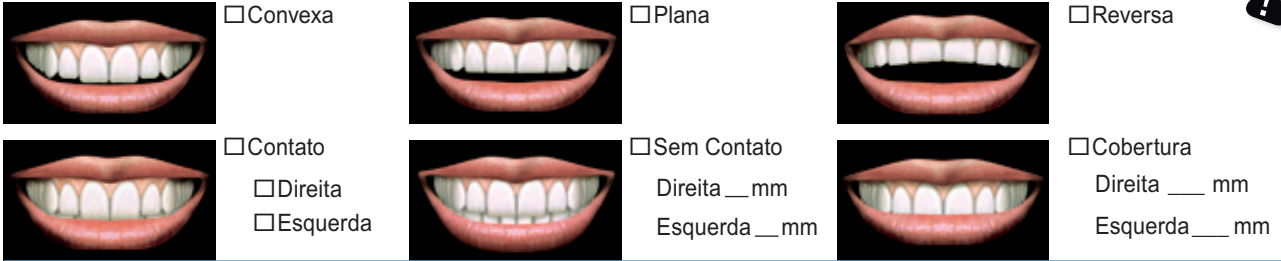
Indicar Max. ____ mm
Mand. ____ mm

A B C



SORRISO

CURVA INCISAL VERSUS LÁBIO INFERIOR



Convexa

Plana

Reversa

Contato

Sem Contato

Cobertura

Direita

Direita ____ mm

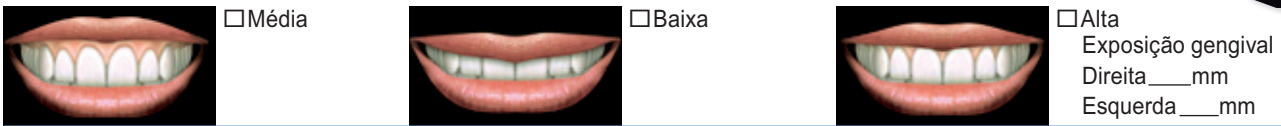
Direita ____ mm

Esquerda

Esquerda ____ mm

Esquerda ____ mm

LINHA DO SORRISO



Média

Baixa

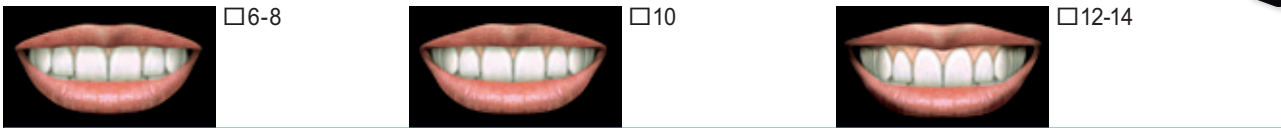
Alta

Exposição gengival

Direita ____ mm

Esquerda ____ mm

LARGURA DO SORRISO (Nº DE DENTES VISÍVEIS)



6-8

10

12-14

CORREDOR VESTIBULAR



Normal

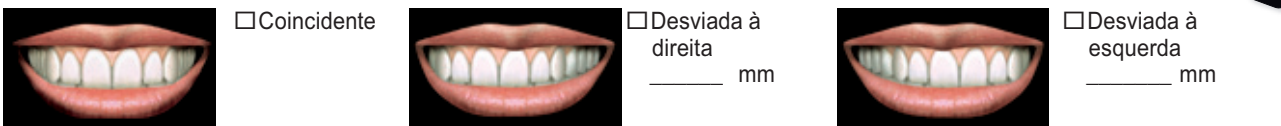
Amplo

Direita ____ mm

Esquerda ____ mm

Ausente

LINHA INTERINCISAL SUPERIOR VERSUS LINHA MÉDIA



Coincidente

Desviada à

direita

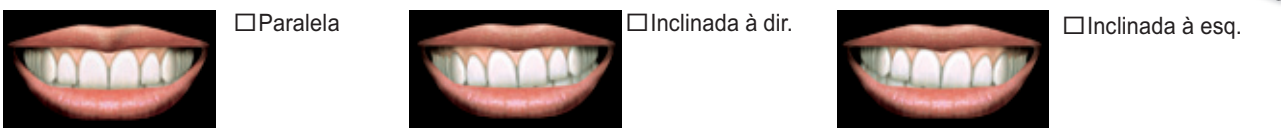
_____ mm

Desviada à

esquerda

_____ mm

PLANO OCLUSAL VERSUS LINHA DA COMISSURA/HORIZONTAL



Paralela

Inclinação à dir.

Inclinação à esq.

Indique que pelo número do dente a situação atual; anote o desvio do ide al (em mm): + (se longo demais), - (se muito curto).


16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26
46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36

ANÁLISE FONÉTICA

M

Espaço de repouso interoclusal
_____ mm


Exposição dental
Max. _____ mm Mand. _____ mm



E

Espaço interlabial ocupado pelos dentes superiores


≤ 80% _____ %
 > 80% _____ %



F V

Perfil incisal


Borda vermelha do lábio
 Vestibular _____ mm
 Lingual _____ mm



S

Movimento mandibular
 Vertical Horizontal _____ mm

Espaço interarcadas
 _____ mm Ausente



ANÁLISE DENTAL

Tabela de alterações estéticas (naturais e/ou iatrogênicas) que ocorreram ao longo dos anos, pelo número do dente

<u>18</u>	<u>17</u>	<u>16</u>	<u>15</u>	<u>14</u>	<u>13</u>	<u>12</u>	<u>11</u>	<u>21</u>	<u>22</u>	<u>23</u>	<u>24</u>	<u>25</u>	<u>26</u>	<u>27</u>	<u>28</u>
<u>48</u>	<u>47</u>	<u>46</u>	<u>45</u>	<u>44</u>	<u>43</u>	<u>42</u>	<u>41</u>	<u>31</u>	<u>32</u>	<u>33</u>	<u>34</u>	<u>35</u>	<u>36</u>	<u>37</u>	<u>38</u>

Indicar: O = Restauração, X = Ausente, A = Com abrasão, D = Discromia, E = Extruído, F = Fraturado, R = Rotacionado

LINHA INTERINCISAL SUPERIOR VERSUS LINHA INTERINCISAL INFERIOR

Coincidente

Desviada à dir. _____ mm

Desviada à esq. _____ mm

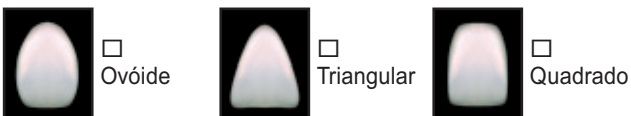


TIPO DENTAL

Ovíde

Triangular

Quadrado



TEXTURA

Macro Não Leve Acentuada

Micro Não Leve Acentuada

INCISIVOS CENTRAIS SUPERIORES: FORMA, CONTORNO E PROPORÇÃO

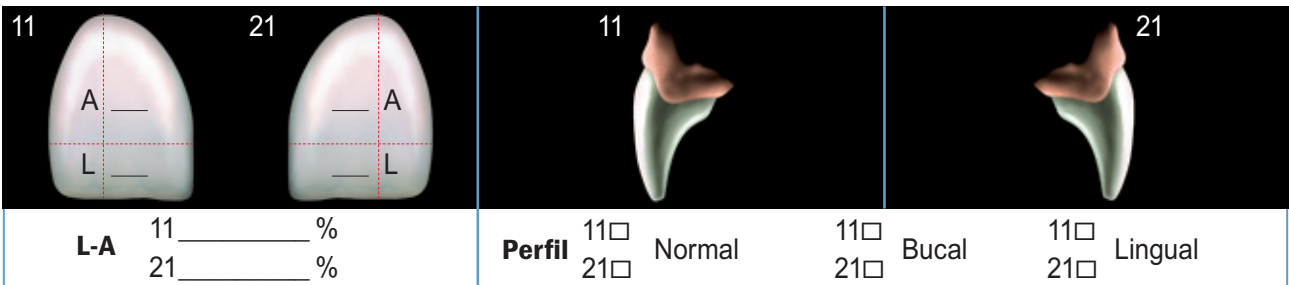
11 **21**

A _____

L _____

L-A 11 _____ %
21 _____ %

Perfil 11 Normal 11 Bucal 11 Lingual
21 21 21



RELAÇÃO OCLUSAL

Casse Dental
 I II III

Sobremordida _____ mm

Trespasse _____ mm

Relação interarcadas
 PMI RC-OC Dir. Sim Não _____

Guia incisal Sim Não _____ **Guia Canina** Esq. Sim Não _____

ANÁLISE DENTAL	CONTORNO <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Anormal		MARGENS GENGIVAIS <input type="checkbox"/> Simétricas <input type="checkbox"/> Assimétricas	ANÁLISE GENGIVAL
	PROPORÇÃO <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Anormal		ZÊNITES <input type="checkbox"/> Regulares <input type="checkbox"/> Irregulares	
	ÂNGULOS INTERINCISAIS <input type="checkbox"/> Normais <input type="checkbox"/> Anormais	EIXOS DENTAIS <input type="checkbox"/> Normais <input type="checkbox"/> Anormais	PAPILAS <input type="checkbox"/> Presentes <input type="checkbox"/> Ausentes	
ARRANJO DENTAL <input type="checkbox"/> Regular <input type="checkbox"/> Apinhado <input type="checkbox"/> Diastemas	Anotar qualquer irregularidade no desenho		ALTERAÇÕES <input type="checkbox"/> Inflamação gengival <input type="checkbox"/> Hipertrofia <input type="checkbox"/> Recessão	CRISTAS EDÊNTULAS <input type="checkbox"/> Normais <input type="checkbox"/> Deformadas

Notas:

ANÁLISE DENTAL	CONTORNO <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Anormal		MARGENS GENGIVAIS <input type="checkbox"/> Simétricas <input type="checkbox"/> Assimétricas	ANÁLISE GENGIVAL
	PROPORÇÃO <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Anormal		PAPILAS <input type="checkbox"/> Presentes <input type="checkbox"/> Ausentes	
	ARRANJO DENTAL <input type="checkbox"/> Regular <input type="checkbox"/> Apinhado <input type="checkbox"/> Diastemas	EIXOS DENTAIS <input type="checkbox"/> Normais <input type="checkbox"/> Anormais	BIÓTIPO <input type="checkbox"/> Espesso <input type="checkbox"/> Delgado	
BORDA INCISAL <input type="checkbox"/> Regular <input type="checkbox"/> Irregular	Anotar qualquer irregularidade no desenho		CRISTAS EDÊNTULAS <input type="checkbox"/> Normais <input type="checkbox"/> Deformadas	

Notas:
