

**REGIONE TOSCANA**  
**CHECK LIST Stato Salute Orale (in sede non clinica)**  
**Soggetti in età pediatrica (7 anni)**

<b>1. ANAMNESI</b>		
a. Il bambino/a riferisce dolore alla masticazione o sensibilità al caldo/freddo a livello del cavo orale negli ultimi tre mesi?	SI	NO
b. Il bambino/a riferisce sanguinamento gengivale negli ultimi tre mesi?	SI	NO
c. Il bambino/a riferisce la comparsa di lesioni bianche/rosse a livello del cavo orale?	SI	NO
<b>2. ESAME ISPETTIVO EXTRAORALE</b>		
a. Il bambino/a presenta asimmetria del volto?	SI	NO
b. Il bambino/a presenta alterazioni di forma del volto (schisi, tumefazioni)?	SI	NO
c. Il bambino/a presenta alterazioni di colore del volto?	SI	NO
<b>3. ESAME ISPETTIVO INTRAORALE</b>		
a. Il bambino/a presenta ipo/iperdonzia?	SI	NO
b. Il bambino/a presenta lesioni destruenti dei tessuti duri dentari?	SI	NO
c. Il bambino/a presenta gengive arrossate/sanguinanti?	SI	NO
d. Il bambino/a presenta abbondante placca/tartaro?	SI	NO
e. Il bambino/a presenta lesioni bianche/rosse delle mucosa del cavo orale?	SI	NO
f. Il bambino/a presenta importante malocclusione (Overjet & Overbite notevoli, Crossbite, Morso Inverso)?	SI	NO
g. Il bambino/a presenta indicazioni alla sigillatura dei solchi?	SI	NO
<b>SE HAI REPERTATO ALMENO 1 SI, INVITA IL BAMBINO/A A RECARSÌ PRESSO IL PROPRIO DENTISTA O NELLA USL COMPETENTE PER ACCURATA VISITA CLINICA</b>		