

Registro de Reacciones Dentales Adversas

Este formulario puede ser utilizado para las reacciones adversas profesionales o de los pacientes
Registre todas las supuestas reacciones adversas, incluyendo las de poca gravedad



Datos de la persona afectada:

Identificación del informador de la persona afectada: _____

La persona afectada es: Paciente Dentista Enfermero Dental
 Higienista Dental Técnico Dental Otro: _____

Edad: menor de 20 20-29 30-39 40-49 50-59 60+

Sexo: Masculino Femenino

¿Quién notó inicialmente la reacción adversa? La Persona Afectada
 Usted

¿En qué mes/año se notó por primera vez la reacción? Mes ____ Año ____

Si la reacción ocurrió después del tratamiento dental/manipulación de materiales, ¿cuándo se produjo?:

en menos de 1 hora en menos de 1 día en menos de 1 semana
 en menos mes de 1 meses a años desconocido

Enfermedades generales:

Medicación:

Alergias conocidas:

Reacciones: (conclusiones objetivas y síntomas subjetivos)

Reacción local - intraoral:	Reaccion detectada por:	
	Paciente	Informador
<input type="checkbox"/> Reacción lichenoide	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Eritema	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Heridas/vesículas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Atrofia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Otras	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Lesión(es) en contacto con material?

Sí No

Nota: _____

Reacción – labio/cara:

Reacción general (no en boca, labios o cara):

Especificar material: (indicar nombre de marca y de fabricante)

Tipo del supuesto tratamiento/s dental:

Evaluación de la relación:

Opinión del informador de la relación entre el/los material/es y la/s reacción/es:

Probable Posible
 Dudosa Improbable

Opinión de la persona afectada de la relación entre el/los material/es y la/s reacción/es:

Probable Posible
 Dudosa Improbable

Grado de la reacción:

Leve Moderada Severa

Duración de la reacción:

____ hora ____ mes(es) ____ año(s)

Categorías de material:

- Amalgama
- Composite
- Compómero
- Ionómero vítreo
 - química
 - activado por luz
- Materiales adhesivos (“imprimador/adhesivo”)
- Materiales de grabado
- Fondo/base cavitarios
- Selladores para fosas y fisuras
- Películas protectoras (por ejemplo, barnices)
- Materiales recubrimiento pulpar
- Materiales endodónticos
- Materiales de cementado
 - a base de agua
 - a base de resina
- Metal-cerámica
 - metal/aleación
 - cerámica
- Corona, Puente, inlays (no metal cerámica)
 - metal/aleación
 - a base de resina
 - ceramic
- Materiales para prótesis
 - metal/aleación
 - a base de resina
- Materiales para ortodontia
 - metal/aleación
 - a base de resina
- Materiales para implantes dentales
- Materiales de impresión
 - Hidrocoloide
 - Elastómero
- Materiales temporales, especificar: _____
- Artículos de consumo (por ejemplo, guantes, dique de goma) especificar: _____

Información adicional:

Detalles del informador:
(Escriba claramente)

Título: _____

Nombre: _____

Dirección: _____

Código postal: _____

Dentista Médico
 Higienista Técnico Dental
 Dermatólogo
 Otre (especificar): _____

Teléfono: _____

Email: _____

Fecha: _____

Cantidad de formularios adicionales: _____

Dirección postal:

Información de contacto:

Email: _____

Tel: _____

Fax: _____

Sitio Web: _____