

# RAPPORTERING AV UØNSKEDE REAKSJONER/BIVIRKNINGER HOS PASIENTER I FORBINDELSE MED ODONTOLOGISKE MATERIALER

Bakgrunn:	Pasientdata:	Pasientreaksjonen <i>Lokalisering og beskrivelse</i>	
<p>                     Dette skjemaet er et ledd i arbeidet som er satt i gang av Statens helsetilsyn for å registrere eventuelle bivirkninger i forbindelse med odontologiske materialer. Skjemaet skal fylles ut av tannlege, tannpleier eller lege. Skjemaet dekker spekteret fra konkrete reaksjoner til uspesifikke, subjektive reaksjoner som blir satt i forbindelse med tannmaterialer. Selv om det er tvil om graden og arten av reaksjoner, er det likevel betydningsfullt at skjemaet blir fylt ut og returnert. Det skal fylles ut ett skjema pr. pasient som har reaksjon(er). Vi ønsker også å få rapport om evt. reaksjoner på materialer som tannhelsepersonell er utsatt for i yrkes-sammenheng. (Se neste side)                 </p> <p><i>Behandlers navn og adresse:</i></p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p><i>Postnr. ....</i></p> <p><i>Poststed:.....</i></p> <p><i>Utfyllingsdato: .....</i></p> <p><i>Klinikktype:</i></p> <p> <input type="checkbox"/> Tannlege:           <input type="checkbox"/> Tannpleier  <input type="checkbox"/> Offentlig   <input type="checkbox"/> Privat                 </p> <p>Spesialist i: .....</p> <p> <input type="checkbox"/> Lege  <input type="checkbox"/> Sykehus   <input type="checkbox"/> Primær/privat                 </p> <p>Spesialist i: .....</p>	<p><i>Behandlers identifikasjon av pasienten: (f.eks. journalnr.)</i></p> <p>.....</p> <p><i>Kjønn:</i>   <input type="checkbox"/> Kvinne   <input type="checkbox"/> Mann</p> <p><i>Alder</i> ..... år</p> <p><i>Generelle sykdommer:</i></p> <p>.....</p> <p><i>Medikamentbruk:</i></p> <p>.....</p> <p><i>Evt. kjent overømfintlighet (metall, plast, annet):</i></p> <p>.....</p> <p><i>Var det pasienten som gjorde deg oppmerksom på reaksjonen(e)?</i></p> <p> <input type="checkbox"/> Ja           <input type="checkbox"/> Nei                 </p> <p><i>Reaksjonen opptrådte for første gang i hvilket år:.....</i></p> <p><i>Hvor lang tid etter behandlingen opptrådte reaksjonen(e)?</i></p> <p> <input type="checkbox"/> umiddel-   <input type="checkbox"/> innen 24   <input type="checkbox"/> innen 1   <input type="checkbox"/> måneder   <input type="checkbox"/> ukjent                      bart       timer       uke       til år                 </p>	<p><b>Objektive funn</b> <i>(rapportørens observasjoner)</i></p> <p> <input type="checkbox"/> Intet                 </p> <p><i>Lokal reaksjon - intraoralt:</i></p> <p>.....</p> <p><i>Reaksjon - lepper/ansikt:</i></p> <p>.....</p> <p><i>Generell reaksjon (utenom munn- hule/ansikt:</i></p> <p>.....</p>	<p><b>Pasientens oppfatning</b> <i>(subjektive symptomer):</i></p> <p> <input type="checkbox"/> Intet                 </p> <p><i>Intraoralt/tenner:</i></p> <p> <input type="checkbox"/> Svie/brennende følelse  <input type="checkbox"/> Smerte/ømhhet  <input type="checkbox"/> Smaksforstyrrelser  <input type="checkbox"/> «Stiv», nummen  <input type="checkbox"/> Tørrhet  <input type="checkbox"/> Øket spytt/slimmengde                      Annet:                 </p> <p><i>Lepper/ansikt/kjever:</i></p> <p> <input type="checkbox"/> Svie/brennede følelse  <input type="checkbox"/> Smerte/ømhhet  <input type="checkbox"/> «Stiv», nummen  <input type="checkbox"/> Hudreaksjoner  <input type="checkbox"/> Kjeveleddsproblemer                      Annet:                 </p> <p><i>Generelle reaksjoner knyttet til:</i></p> <p> <input type="checkbox"/> Muskler/ledd  <input type="checkbox"/> Mage/tarm  <input type="checkbox"/> Hjerne/sirkulasjon  <input type="checkbox"/> Hud  <input type="checkbox"/> Øyne/syn  <input type="checkbox"/> Øre/hørsel, nese, hals                 </p> <p><i>Øvrige symptomer:</i></p> <p> <input type="checkbox"/> Tretthet, «utbrenthet»  <input type="checkbox"/> Svimmelhet  <input type="checkbox"/> Hodepine  <input type="checkbox"/> Hukommelsesforstyrrelser  <input type="checkbox"/> Konsentrasjonsforstyrrelser  <input type="checkbox"/> Angst, uro, depresjon                      Annet:                 </p>

**I forbindelse med hvilken type behandling opptrådte reaksjonen(e)?**

- Fyllinger (direkte teknikk)
- Innlegg, fasader
- Faste protetiske erstatninger
- Avtagbare protetiske erstatninger
- Bittfysiologisk behandling
- Midlertidig behandling
- Rotbehandling (rotfylling)
- Tannkjøtsbehandling
- Oral kirurgi
- Tannregulering
- Forebyggende behandling

Annet:

**Hvilke materialer mistenkes å være årsak til reaksjonen(e)?**

- Amalgam
- Kompositt
- Kompomer
- Glassionomer ( kjemisk  lysherdende)
- Bindingsmaterialer ("primer/bonding")
- Isolerings-/foringsmaterialer
- Fissurforsglingsmaterialer
- Beskyttende filmer
- Pulpaoverkappingsmaterialer
- Endodontiske materialer
- Sementeringsmaterialer ( vannbasert  plastbasert)
- Metall-keram(MK, PG) ( metall/legering  keram)
- Materialer for kroner/broer/innlegg ( metall/legering  plastbasert  keramisk)
- Materialer for avtakbare proteser ( metall/legering  plastbasert)
- Materialer for intraoral kjeveortopedisk apparatur ( metall/legering  polymerbaserte)
- Materialer for ekstraoral kjeveortopedisk apparatur ( metall/legering  polymerbaserte)
- Materialer for bittfysiologisk apparatur
- Materialer for implantater
- Avtrykksmaterialer ( hydrokolloid  elastomer)
- Midlertidige materialer – faste proteser
- Midlertidige materialer – avtakbare proteser
- Andre midlertidige materialer
- Forbruksmaterialer (f.eks. hansker, kofferdam)
- Andre materialer

**Produktnavn og produsent**

av aktuelle materialer som mistenkes å være årsak til reaksjonen(e):

**Bedømming av sammenheng:**

*Hvor sikker bedømmer tannlegen/legen relasjonen mellom materialet og reaksjonen?:*

- Sikker/trolig relasjon
- Mulig relasjon
- Usikker/ingen oppfatning

*Hvordan bedømmer pasienten relasjonen mellom materialet og reaksjonen? (hvis relevant):*

- Sikker/trolig relasjon
- Mulig relasjon
- Usikker/Ingen oppfatning

**Henvisninger:**

*Er pasienten henvist for videre utredning/behandling for denne reaksjonen?*

- Nei
- Ja, til allmennlege
- Ja, til tannlege
- Ja, til medisinsk spesialist eller sykehus
- Ja, til odontologisk spesialist

Annet:

*Har pasienten blitt undersøkt/ behandlet for reaksjoner hos andre?*

- Nei
- Ja, hos allmennlege
- Ja, hos tannlege
- Ja, hos medisinsk spesialist eller på sykehus
- Ja, hos odontologisk spesialist
- Ja, innen «alternativ»

Annet:

Reaksjonen(e) gjelder tannhelsepersonell i yrkessammenheng.

*(Dette er et forhold som sorterer under Arbeidstilsynet, men vi ønsker denne tilbakemeldingen fordi det kan ha relevans også for reaksjoner hos pasienter)*

Ønsker flere skjema tilsendt  
Antall:

Ansvarlig:

Bivirkningsgruppen  
Årstadveien 17, 5009 Bergen

Telefon 55586271  
Telefaks 55589862

E-post:  
Bivirkningsgruppen@uib.no

Internett:  
<http://www.uib.no/ood/bivirk.html>

*NB! Dette skjemaet gjelder ikke som en henvisning.*

Takk for rapporten, og vi mottar gjerne kommentarer.