

<p><b>Bakgrund</b></p> <p>Rapportering med användning av denna blankett är en del av arbetet med att skapa ett register över biverkningar av dentala material inklusive förbrukningsmaterial.</p> <p>Blanketten ifylls i enlighet med vederbörande tandläkares, tandhygienists eller läkares egen bedömning. Formuläret täcker ett spektrum från konkreta reaktioner till ospecifika, subjektiva reaktioner som relateras till dentala material. Även om det råder tveksamhet om graden och arten av reaktioner eller beträffande sambandet material/reaktion är det av stor betydelse att blanketten ifylls och insänds. En blankett per berörd patient/person skall ifyllas.</p> <p>Det är angeläget att också eventuella reaktioner mot dentala material som drabbar tandvårdspersonal i deras yrkesmässiga verksamhet rapporteras i tillämplig omfattning.</p> <p>Rapporten avser:</p> <p><input type="checkbox"/> Patient <input type="checkbox"/> Personal</p> <p>Reaktionen uppträdde år: .....</p> <p>Rapportörens namn och adress:</p> <p>Namn: .....</p> <p>Adress: .....</p> <p>Postnr: ..... Postort: .....</p> <p>Tel.nr: ..... Fax.nr: .....</p> <p>Datum för ifyllning av formulär: .....</p> <p>Rapportör:</p> <p><input type="checkbox"/> Leg. tandläkare: <input type="checkbox"/> Offentlig <input type="checkbox"/> Privat <input type="checkbox"/> Fakultet</p> <p>Specialist i: .....</p> <p><input type="checkbox"/> Leg. tandhygienist: <input type="checkbox"/> Offentlig <input type="checkbox"/> Privat <input type="checkbox"/> Fakultet</p> <p><input type="checkbox"/> Leg. läkare: <input type="checkbox"/> Offentlig <input type="checkbox"/> Privat <input type="checkbox"/> Fakultet</p> <p>Specialist i: .....</p>	<p><b>Patientdata/Personaldata</b></p> <p>Rapportörens egen identifiering av patienten (ej namn eller personnr): .....</p> <p>Kön: <input type="checkbox"/> Kvinna <input type="checkbox"/> Man</p> <p>Ålder: ..... år</p> <p>Allmänna sjukdomar:</p> <p><i>Nuvarande användning av läkemedel, vilka:</i></p> <p><i>Verifierad överkänslighet (metall, plast, annat); specificera om möjligt:</i></p> <p><i>Var det patienten som gjorde Dig uppmärksam på reaktionen/reaktionerna?</i></p> <p><input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej</p> <p><i>Hur lång tid efter behandlingen uppträdde reaktionen/reaktionerna?</i></p> <p><input type="checkbox"/> omedelbart <input type="checkbox"/> inom 24 tim <input type="checkbox"/> inom 1 vecka <input type="checkbox"/> inom 1 mån <input type="checkbox"/> månader <input type="checkbox"/> ej känt</p>	<p><b>Patientreaktion/Personalreaktion</b></p> <p>Rapportörens iakttagelser: (avser såväl patient som personal)</p> <p><input type="checkbox"/> Inga</p> <p><i>Reaktion; intraoralt:</i></p> <p><i>Reaktion; omgivande vävnad inklusive käkleder/tuggmuskulatur:</i></p> <p><i>Övriga reaktioner (utanför munhåla, ansikte):</i></p> <p>Patientens/vederbörande personals uppgifter:</p> <p><input type="checkbox"/> Inga</p> <p>Intraorala symtom:</p> <p><input type="checkbox"/> Svidande, brännande känsla <input type="checkbox"/> Smärta, ömhet <input type="checkbox"/> Smakrubbingar <input type="checkbox"/> Stelhet, domning <input type="checkbox"/> Torrhet <input type="checkbox"/> Ökad salivmängd</p> <p>Annat:</p> <p>Symtom från läppar, ansikte, käkar:</p> <p><input type="checkbox"/> Svidande, brännande känsla <input type="checkbox"/> Smärta, ömhet <input type="checkbox"/> Stelhet, domning <input type="checkbox"/> Hudbesvär <input type="checkbox"/> Käkledsbesvär</p> <p>Annat:</p> <p>Allmänna symtom relaterade till:</p> <p><input type="checkbox"/> Muskler, leder <input type="checkbox"/> Mage, tarm <input type="checkbox"/> Hjärta, cirkulation <input type="checkbox"/> Hud <input type="checkbox"/> Ögon <input type="checkbox"/> Öron, näsa, hals</p> <p>Annat:</p> <p>Övriga symtom:</p> <p><input type="checkbox"/> Trötthet <input type="checkbox"/> Yrsel <input type="checkbox"/> Huvudvärk <input type="checkbox"/> Minnesrubbingar <input type="checkbox"/> Koncentrationssvårigheter <input type="checkbox"/> Ängest, oro, depression</p> <p>Annat:</p>
---	--	--

**Reaktionen/reaktionerna uppträdde i samband med utförande av**

- Fyllningar (direkt teknik)
- Inlägg, skalfasader
- Fasta proteser (kronor, broar)
- Avtagbara proteser (helproteser, partiella proteser)
- Fakultativt avtagbara proteser (konuskonstruktioner, skruvförankrade konstruktioner.)
- Bettfysiologisk behandling
- Rotbehandling
- Temporära ersättningar
- Tandköttsbehandling
- Oral kirurgi
- Tandreglering
- Förebyggande behandling
- Annan typ av behandling

Annat:

**Typ av material som misstänks vara orsak till reaktionen/reaktionerna**

- Amalgam
- Kompositer
- Kompomerer
- Glasjonomercement ( kemiskt härd.,  ljushärd.)
- Bindningsmedel
- Isoleringmaterial/Underfyllningsmaterial
- Fissurförseglingsmaterial
- Skyddande ytfilm
- Pulpaöverkappningsmaterial
- Endodontiska material
- Cementseringsmaterial ( vattenbaserat,  polymerbaserat)
- Material för metallkeramik ( legering/metall.,  keram)
- Material för kronor, broar, inlägg (ej metallkeramik) ( legering/metall,  polymer/polymerbaserat,  keram)
- Material för avtagbara proteser ( legering/metall,  polymer/polymerbaserat)
- Material för ortodontisk apparatur, intraoral ( legering/metall,  polymer/polymerbaserat)
- Material för ortodontisk apparatur, extraoral
- Material för bettfysiologisk apparatur
- Material för implantat
- Avtrycksmaterial
- Temporära material i samband med fasta proteser
- Temporära material i samband med avtagbara proteser
- Temporära material, övrigt
- Förbrukningsmaterial (t ex kofferdam, handskar)
- Annat material

**Typ av material som misstänks vara orsak till reaktionen/reaktionerna (Forts.)**

Material: Produktnamn och tillverkare

**Bedömning av samband**

*Hur bedömer rapportören sambandet mellan materialet/behandlingen och reaktionen?*

- Troligt
- Möjligt
- Osäkert
- Ej bedömbart

Eventuell kommentar:

*Patientens (eller vederbörande personals) bedömning av sambandet mellan materialet/behandlingen och reaktionen (om relevant):*

- Troligt
- Möjligt
- Osäkert
- Ej bedömbart

Eventuell kommentar:

**Hänvisningar/remisser**

*Är patienten (eller vederbörande personal) hänvisad/remitterad för vidare utredning av den nu aktuella reaktionen?*

- Nej
- Ja
- Ja, till allmänläkare
- Ja, till tandläkare
- Ja, till medicinsk specialist eller sjukhus
- Ja, till odontologisk specialist

Annat:

*Har patienten (eller vederbörande personal) blivit undersökt/behandlad för reaktionen hos andra?*

- Nej
- Ja
- Ja, hos allmänläkare
- Ja, hos tandläkare
- Ja, hos medicinsk specialist eller sjukhus
- Ja, hos odontologisk specialist

Om dermatologisk undersökning har utförts, v g bifoga kopia av läkarutlåtandet.

Annat:

**Tandvårdspersonal**

*Om blankettuppgifterna avser tandvårdspersonal i yrkesutövning ifylls blanketten i tillämpliga delar:*

- Tandläkare
- Tandhygienist
- Tandsköterska
- Tandtekniker
- Annan

**Observera att skador som misstänks ha uppkommit i arbetet även skall anmälas till Försäkringskassan.**

**Blankett FKF 9210, Anmälan om arbetsskador.**

Önskar flera blanketter.  
Antal: .....

Blanketten insänds till:

Biverkningsregistret  
Odontologisk materialvetenskap  
Umeå universitet  
901 87 Umeå

Telefon: 090-77 58 81  
Telefax: 090-77 51 23