



## Lista di controllo per la raccolta di informazioni odontoiatriche a fini di un'attribuzione personale.

Al fine di facilitare, semplificare e velocizzare la raccolta di informazioni dentali della persona che risulta dispersa oppure scomparsa, è stata creata questa lista di controllo ad uso esclusivo dei medici odontoiatri. L'identificazione dei *corpi senza nome* richiede la raccolta di dati individualizzanti dalle famiglie delle persone scomparse e di informazioni dentali che gli odontoiatri curanti posso mettere a disposizione in base all'identità sospettata dei resti umani da identificare.

### NOME E COGNOME DEL PAZIENTE DI CUI

HA RICEVUTO RICHIESTA(\*) DI INFORMAZIONI: \_\_\_\_\_

(\*) Procura della Repubblica, Perito/CT (medico legale/odontoiatra forense) incaricato dalla Procura della Repubblica, Forze di Polizia, Famiglia della Persona Scomparsa o Consulente Tecnico di Parte nominato dalla Famiglia della persona Scomparsa).

DATA DI NASCITA PAZIENTE: \_\_\_\_\_ Codice Fiscale: \_\_\_\_\_

DATA ULTIMA CURA O CONSULTO PRESSO SUA STRUTTURA: \_\_\_\_\_

### INFORMAZIONI ODONTOIATRICHE RACCOLTE

(spuntare quelle disponibili e trasmissibili)

- Radiografie     Rx Endorali     Rx OPT     Rx Tele     TAC     Rx Cranio Antero-Posteriore
- Fotografie intraorali ed extraorali
- Cartella clinica/scheda oppure elenco cure eseguite (tipo di cura, dente, e materiali eventualmente impiegati)
- Tracciato Cefalometrico
- Modelli di studio (in gesso o digitali). È possibile anche fotografare i modelli ed inviare immagine.
- Certificazione Conformità Protesi Dentarie
- Implantologia (indicare numero impianti, posizione, marca)

### INFORMAZIONI DENTALI COMPLEMENTARI

I seguenti presidi, se eseguiti sul paziente anche in passato, potrebbero essere nella disponibilità della famiglia della persona scomparsa. Al fine di verificarlo con i familiari, spuntare **solo** se i seguenti trattamenti sono stati eseguiti sul paziente e - se lo ricordate - indicare anno e quantità:

- Protesi fisse** (corone, ponti, faccetta) Anno \_\_\_\_\_ Quantità \_\_\_\_\_ Note \_\_\_\_\_
- Protesi Mobile Totale**  **Protesi Parziale** Anno \_\_\_\_\_ Quantità \_\_\_\_\_ Sup/Inf? \_\_\_\_\_
- Sbiancamento mascherine** Anno \_\_\_\_\_ Quantità \_\_\_\_\_ Note \_\_\_\_\_
- Bite per bruxismo** Anno \_\_\_\_\_ Quantità \_\_\_\_\_ Note \_\_\_\_\_
- Bite disfunzione ATM** Anno \_\_\_\_\_ Quantità \_\_\_\_\_ Note \_\_\_\_\_
- Paradenti Sportivo** Anno \_\_\_\_\_ Quantità \_\_\_\_\_ Note \_\_\_\_\_
- Ortodonzia Mobile** Anno \_\_\_\_\_ Quantità \_\_\_\_\_ Note \_\_\_\_\_
- Ortodonzia Fissa** Anno \_\_\_\_\_ Quantità \_\_\_\_\_ Note \_\_\_\_\_
- Contenzione Ortodontica** Anno \_\_\_\_\_ Quantità \_\_\_\_\_ Note \_\_\_\_\_
- Allineatori invisibili** Anno \_\_\_\_\_ Quantità \_\_\_\_\_ Note \_\_\_\_\_
- Estrazioni Dentarie/Chirurgia Orale** Anno \_\_\_\_\_ Quantità \_\_\_\_\_ Note \_\_\_\_\_

Nome e firma medico odontoiatra

\_\_\_\_\_