



Casi Clinici



Società Italiana
di Ortodonzia

www.sido.it

Caso n°

inserire tipologia del caso

Inserire Titolo del caso

Inserire anno ricertificazione

**Inserire Nome COGNOME del membro
IBO**

Età paziente:

Sesso:

inserire foto (endorale o extraorale più
rappresentativa della malocclusione)

inserire foto extraorale sorriso

inserire foto extraorale frontale

inserire foto profilo destro

Fotografie extraorali - Data _____

inserire FEn L des





inserire foto FEn frontale

inserire FEn L sin

inserire foto
FEn Occusale superiore

inserire foto
FEn Occusale inferiore

Fotografie intraorali iniziali - Data _____



inserire foto modello pre
Come da schema foto

inserire foto modello pre
Come da schema foto

inserire foto modello pre
Come da schema foto

inserire foto modello pre
Come da schema foto

inserire foto modello pre
Come da schema foto

Modelli in gesso iniziali - Data _____

ORTOPANTOMOGRAMMA

Formula dentaria

inserire formula corretta cancellando i denti mancanti

8	7	6	5	4	3	2	1		1	2	3	4	5	6	7	8

8	7	6	5	4	3	2	1		1	2	3	4	5	6	7	8

inserire RX OPT

Commenti:

Inserire il testo qui (lunghezza max 200 caratteri spazi inclusi)

Teleradiografia latero-laterale e cefalometria iniziale



inserire dati corretti

RAPPORTI SCHELETRICI SAGITTALI		
Posizione del Mascellare S.N / A	±	[]
Posizione della Mandibola S.N / Pg	±	[]
Relazione inter-mascellare sagittale A.N / Pg	±	[]
RAPPORTI SCHELETRICI VERTICALI		
Inclinazione del Mascellare S.N / ANS.PNS	±	[]
Inclinazione della Mandibola S.N / Go.Gn	±	[]
Relazione Inter-mascellare Verticale ANS.PNS / Go.Gn	±	[]
RAPPORTI DENTO-BASALI		
Inclinazione Incisivo Superiore +1 / ANS.PNS	±	[]
Inclinazione Incisivo Inferiore -1 / Go.Gn	±	[]
Compensazione Incisivo Inferiore -1 / A.Pg (mm.)	±	[]
RAPPORTI DENTALI		
Overjet	±	[]
Overbite	±	[]
Angolo Inter-incisivo	±	[]

Data _____

DIAGNOSI

inserire commenti diagnostici (max 200 caratteri per riquadro)

Occlusale Sagittale	
Occlusale Verticale	
Occlusale Trasversale	
Scheletrica Sagittale	
Scheletrica Verticale	

DESCRIZIONE DEL CASO

inserire testo (max 550 caratteri spazi inclusi)

PIANO DI TRATTAMENTO FASE I

inserire testo (max 550 caratteri spazi inclusi)

IPOSTESI DI TRATTAMENTO ALTERNATIVO

inserire testo (max 550 caratteri spazi inclusi)

inserire foto extraorale sorriso

inserire foto extraorale frontale

inserire foto profilo destro

Fotografie extraorali fine fase I / inizio fase II - Data _____

inserire FEn L des





inserire foto FEn frontale

inserire FEn L sin

inserire foto
FEn Occusale superiore

inserire foto
FEn Occusale inferiore

Fotografie intraorali fine fase I / inizio fase II - Data _____



inserire foto modello inter
Come da schema foto

inserire foto modello inter
Come da schema foto

inserire foto modello inter
Come da schema foto

inserire foto modello inter
Come da schema foto

inserire foto modello inter
Come da schema foto

Modelli in gesso fine fase I / inizio fase II - Data _____

ORTOPANTOMOGRAMMA FINE FASE I / INIZIO FASE II

Formula dentaria

inserire formula corretta cancellando i denti mancanti

8	7	6	5	4	3	2	1		1	2	3	4	5	6	7	8
<hr/>																
8	7	6	5	4	3	2	1		1	2	3	4	5	6	7	8

inserire RX OPT

Commenti:

Inserire il testo qui (lunghezza max 200 caratteri spazi inclusi)

Teleradiografia latero-laterale e cefalometria fine fase I / inizio fase II

inserire dati corretti

RAPPORTI SCHELETRICI SAGITTALI		
Posizione del Mascellare S.N / A	±	[]
Posizione della Mandibola S.N / Pg	±	[]
Relazione inter-mascellare sagittale A.N / Pg	±	[]
RAPPORTI SCHELETRICI VERTICALI		
Inclinazione del Mascellare S.N / ANS.PNS	±	[]
Inclinazione della Mandibola S.N / Go.Gn	±	[]
Relazione Inter-mascellare Verticale ANS.PNS / Go.Gn	±	[]
RAPPORTI DENTO-BASALI		
Inclinazione Incisivo Superiore +1 / ANS.PNS	±	[]
Inclinazione Incisivo Inferiore -1 / Go.Gn	±	[]
Compensazione Incisivo Inferiore -1 / A.Pg (mm.)	±	[]
RAPPORTI DENTALI		
Overjet	±	[]
Overbite	±	[]
Angolo Inter-incisivo	±	[]

Data _____

DIAGNOSI FINE FASE I / INIZIO FASE II

inserire commenti diagnostici (max 200 caratteri per riquadro)

Occlusale Sagittale	
Occlusale Verticale	
Occlusale Trasversale	
Scheletrica Sagittale	
Scheletrica Verticale	

DESCRIZIONE DEL CASO FINE FASE I / INIZIO FASE II

inserire testo (max 550 caratteri spazi inclusi)

PIANO DI TRATTAMENTO - II FASE

inserire testo (max 550 caratteri spazi inclusi)

IPOSTESI DI TRATTAMENTO ALTERNATIVO

inserire testo (max 550 caratteri spazi inclusi)

inserire foto extraorale sorriso

inserire foto extraorale frontale

inserire foto profilo destro

Fotografie finali extraorali - Data _____

inserire foto

inserire foto
Come da schema prec.

inserire foto

inserire foto

inserire foto

Fotografie finali intraorali - Data _____

inserire modello

inserire foto modelli
Come da schema prec.

inserire modello

inserire modello

inserire modello

Modelli in gesso finali - Data _____

ORTOPANTOMOGRAMMA FINALE

Formula dentaria

inserire formula corretta cancellando i denti mancanti

8 7 6 5 4 3 2 1 | 1 2 3 4 5 6 7 8

8 7 6 5 4 3 2 1 | 1 2 3 4 5 6 7 8

inserire RX OPT

Commenti:

Inserire il testo qui (lunghezza max 200 caratteri spazi inclusi)

Teleradiografia latero-laterale e cefalometria finale

inserire rx

inserire dati corretti

RAPPORTI SCHELETRICI SAGITTALI		
Posizione del Mascellare S.N / A	±	[]
Posizione della Mandibola S.N / Pg	±	[]
Relazione inter-mascellare sagittale A.N / Pg	±	[]
RAPPORTI SCHELETRICI VERTICALI		
Inclinazione del Mascellare S.N / ANS.PNS	±	[]
Inclinazione della Mandibola S.N / Go.Gn	±	[]
Relazione Inter-mascellare Verticale ANS.PNS / Go.Gn	±	[]
RAPPORTI DENTO-BASALI		
Inclinazione Incisivo Superiore +1 / ANS.PNS	±	[]
Inclinazione Incisivo Inferiore -1 / Go.Gn	±	[]
Compensazione Incisivo Inferiore -1 / A.Pg (mm.)	±	[]
RAPPORTI DENTALI		
Overjet	±	[]
Overbite	±	[]
Angolo Inter-incisivo	±	[]

Data _____

SINTESI FINALE

inserire commenti risultati (max 200 caratteri per riquadro)

Risultati scheletrici

Risultati dentali

Risultati a carico dei tessuti molli



inserire foto

inserire foto

inserire foto

Fotografie extraorali al controllo a distanza (se trattasi di caso già
presentato in precedenza) - **Data** _____

inserire foto

inserire foto

inserire foto

inserire foto

inserire foto

Fotografie intraorali al controllo a distanza (se trattasi di caso già
presentato in precedenza) - **Data** _____

VALUTAZIONE RISULTATI A DISTANZA

inserire testo (max 550 caratteri spazi inclusi)

inserire foto

inserire foto cliniche
Fase 1 di terapia

inserire foto

inserire foto

inserire foto

Fasi di terapia (facoltativo ma apprezzato) - **Data** _____

commenti - inserire testo (max 200 caratteri spazi inclusi)

inserire foto extraorale
Sorriso
iniziale

inserire foto extraorale
frontale
iniziale

inserire foto
laterale des
iniziale

inserire foto extraorale
Sorriso
Finale

inserire foto extraorale
frontale
Finale

inserire foto
laterale des
finale

inserire foto endorale
destra
iniziale

inserire foto endorale
frontale
iniziale

inserire foto
endorale sinistra
iniziale

inserire foto endorale
destra
finale

inserire foto endorale
frontale
finale

inserire foto
endorale sinistra
finale

Grazie!

www.sido.it



SIDO
Società Italiana
di Ortodonzia