# Στοιχεία και λειτουργικό ιστορικό

Η φόρμα συμπληρώνεται από τον γονέα ή κηδεμόνα πριν από την επίσκεψη. Πατήστε μέσα στα πεδία για να πληκτρολογήσετε και στα τετραγωνίδια για να επιλέξετε.

**Ονοματεπώνυμο ατόμου ***

**Ημερομηνία γέννησης**

**Ονοματεπώνυμο γονέα ή κηδεμόνα ***

**Σχέση με το άτομο**

**Τηλέφωνο επικοινωνίας ***

**Ηλεκτρονική διεύθυνση**

**Ημερομηνία προγραμματισμένης επίσκεψης**

**Προηγούμενη επίσκεψη σε οδοντίατρο**

**Το επίπεδο λειτουργικότητας του ατόμου, με βάση τη διάγνωσή του, χαρακτηρίζεται ως**

- [ ] Επίπεδο 1 - Απαιτεί υποστήριξη
- [ ] Επίπεδο 2 - Απαιτεί ουσιαστική υποστήριξη
- [ ] Επίπεδο 3 - Απαιτεί πολύ ουσιαστική υποστήριξη

**Υπάρχουν συνοδές διαγνώσεις;**

## Ιατρικό ιστορικό και επικοινωνία

**Υπάρχει κάποιο πρόβλημα υγείας, αλλεργία ή ιστορικό χειρουργικών επεμβάσεων;**

**Λαμβάνει το άτομο φαρμακευτική αγωγή; Εάν ναι, αναφέρετε αναλυτικά την αγωγή.**

**Ποιος είναι ο κύριος τρόπος επικοινωνίας του ατόμου;**

- Λεκτικός
- Μη λεκτικός
- Νοηματική ή χειρονομίες
- Εναλλακτικό μέσο επικοινωνίας

**Εάν χρησιμοποιείται εναλλακτικό μέσο επικοινωνίας, παρακαλώ περιγράψτε το.**

**Πώς κατανοεί καλύτερα τις οδηγίες;**
π.χ. σύντομες λεκτικές οδηγίες, εικόνες, επίδειξη

## Αισθητηριακές ανάγκες και ρουτίνες

**Πώς αντιδρά στο φως;**

**Πώς αντιδρά στους ήχους;**

**Πώς αντιδρά σε γεύσεις ή οσμές;**

**Πώς αντιδρά στο άγγιγμα;**

**Υπάρχουν άλλες αισθητηριακές ευαισθησίες;**

**Έχει το άτομο τροφική επιλεκτικότητα; Εάν ναι, αναφέρετε ενδεικτικά ποιες τροφές απορρίπτει.**

**Υπάρχουν συγκεκριμένες ρουτίνες, εμμονές ή στερεοτυπίες που ενδέχεται να επηρεάσουν την επίσκεψη;**

## Συμπεριφορά και υποστηρικτικές στρατηγικές

**Έχει το άτομο στοματικές παραλειτουργικές συνήθειες; Εάν ναι, πώς αντιμετωπίζονται;**
π.χ. τρίξιμο δοντιών, προώθηση γλώσσας, δάγκωμα χειλιών ή αντικειμένων, μάσημα νυχιών ή μαλλιών

**Ποιοι ενισχυτές ή τρόποι επιβράβευσης λειτουργούν καλύτερα;**
π.χ. παιχνίδι, τάμπλετ, αγαπημένο αντικείμενο, τροφή

**Παρακολουθεί ή συμμετέχει το άτομο σε εκπαιδευτικό ή θεραπευτικό πρόγραμμα;**

- Εργοθεραπεία
- Λογοθεραπεία
- Ψυχολογική θεραπεία
- Άλλο

**Άλλο πρόγραμμα ή πρόσθετες πληροφορίες**

**Έχει συμμετάσχει σε πρόγραμμα απευαισθητοποίησης; Εάν ναι, σε ποιους τομείς και περιλαμβανόταν η στοματική υγιεινή;**

## Πιθανές δυσκολίες και προετοιμασία

**Τι από τα παρακάτω είναι πιθανό να προκαλέσει δυσκολία κατά την επίσκεψη στο οδοντιατρείο;**

- Φωνές
- Αποφυγή
- Αυτοτραυματικές συμπεριφορές
- Ετεροτραυματικές συμπεριφορές
- Υπερκινητικότητα
- Άλλο

**Περιγράψτε οτιδήποτε θα βοηθήσει την ομάδα να διαχειριστεί τις παραπάνω δυσκολίες.**

**Έχει γίνει κάποια προετοιμασία από το θεραπευτικό ή εκπαιδευτικό πλαίσιο για την επίσκεψη στο οδοντιατρείο;**

**Υπάρχει κάτι που πρέπει να αποφεύγει η οδοντιατρική ομάδα κατά την επικοινωνία ή την εξέταση;**

**Τι βοηθά συνήθως το άτομο να ηρεμήσει ή να συνεργαστεί σε ένα νέο περιβάλλον;**

## Πρόσθετες πληροφορίες και επιβεβαίωση

**Περιγράψτε οποιαδήποτε άλλη πληροφορία πιστεύετε ότι θα φανεί χρήσιμη για την επίσκεψη.**

### Επιβεβαίωση στοιχείων

Δηλώνω ότι οι παραπάνω πληροφορίες είναι ακριβείς σύμφωνα με όσα γνωρίζω και συναινώ να χρησιμοποιηθούν από την οδοντιατρική ομάδα αποκλειστικά για την ασφαλέστερη προετοιμασία και παροχή οδοντιατρικής φροντίδας.

**Ημερομηνία συμπλήρωσης**

**Ονοματεπώνυμο γονέα ή κηδεμόνα**

Αφού ολοκληρώσετε τη φόρμα, αποθηκεύστε το PDF στη συσκευή σας και στείλτε το στην ΟΔΟΝΤΟΛΥΣΙΣ με τον τρόπο επικοινωνίας που σας έχει δοθεί.