

Lista de Verificação (Antes da remoção do aparelho).

| Nome do paciente: | Idade: | Ortodontista: |
|--|-----------------|--------------------|
| 1- Saúde Bucal | Resposta | Comentários |
| a. Ausência de Cáries | () Sim () Não | _____ |
| b. Ausência de Descalcificações | () Sim () Não | _____ |
| c. Ausência de Recessões Periodontais | () Sim () Não | _____ |
| d. Ausência de Reabsorções Radiculares | () Sim () Não | _____ |
| e. Paralelismo Radicular | () Sim () Não | _____ |
| 2- Estética | | |
| a. Face – Frente | | |
| I- Simetria | () Sim () Não | _____ |
| II- Proporções equilibradas | () Sim () Não | _____ |
| b. Face - Perfil | | |
| I- Total: Ortognático | () Sim () Não | _____ |
| II- Terço Inferior: Linha "S" harmoniosa | () Sim () Não | _____ |
| c. Dentária | | |
| I- Lábios em repouso: exposição de 3 a 5 mm | () Sim () Não | _____ |
| II- Sorriso: | | |
| 1- Bordas superiores: paralelas ao lábio inferior | () Sim () Não | _____ |
| 2- Contorno e exposição gengival: 0 a \pm 2mm | () Sim () Não | _____ |
| 3- Exposição dos incisivos em sorriso: 10 - 12mm | () Sim () Não | _____ |
| 4- Formas, Posições e Tamanhos Proporcionais. | () Sim () Não | _____ |
| 5- Visualização em proporções estéticas: 100:60%. | () Sim () Não | _____ |
| 3- Oclusão | | |
| a. Vista Oclusal | () Sim () Não | |
| I- Corretos pontos de contato | () Sim () Não | _____ |
| II- Ausência de giroversões | () Sim () Não | _____ |
| III- Nivelamento das cristas marginais | () Sim () Não | _____ |
| b. Vista lateral: Posterior para anterior | | |
| I- Relação Molar: CDV do 6 S. entre 6 e 7 Inferior | () Sim () Não | _____ |
| II- Relações Oclusais (M-D) | () Sim () Não | _____ |
| III- Contatos Oclusais (Vertical) | () Sim () Não | _____ |
| IV- Torque Anterior: Overjet e overbite | () Sim () Não | _____ |
| V- Plano Oclusal – Reto ou suave curva | () Sim () Não | _____ |
| c. Vista Frontal | | |
| I- Inclinações Mesio-Distais: Anteriores superiores | () Sim () Não | _____ |
| II- Implantações Verticais dos Inferiores | () Sim () Não | _____ |
| III- Linhas Médias: 0 a 2,5mm em relação a face | () Sim () Não | _____ |
| IV- Torque dos Posteriores Superiores: Massa | () Sim () Não | _____ |
| V- Torque dos Posteriores Inferiores: Progressivo | () Sim () Não | _____ |
| 4- Função | | |
| a. Relação Cêntrica = MI (sem deslize) | () Sim () Não | _____ |
| b. Guia Incisal (Overjet e Overbite = 2 a 3mm) | () Sim () Não | _____ |
| c. Guia Canino (Sem interferências oclusais) | () Sim () Não | _____ |
| d. ATM saudável - Ausência de Sintomatologia | () Sim () Não | _____ |
| 5- Estabilidade | | |
| a. Manutenção da Distância Intercaninos Inferiores | () Sim () Não | _____ |
| b. Manutenção da Forma do Arco Inferior | () Sim () Não | _____ |
| c. Manutenção ou Verticalização dos Incisivos Inferiores | () Sim () Não | _____ |
| d. Plano Mandibular Mantido ou Diminuído | () Sim () Não | _____ |
| e. Contenção Inferior: Definida | () Sim () Não | _____ |
| f. Contenção Superior: Definida | () Sim () Não | _____ |
| 6- Considerações Específicas Sobre o Caso | | |
| a. Estabilidade dos Incisivos Inferiores | () Sim () Não | _____ |
| b. Ortodontia 11/10 (sobrecorreções) | () Sim () Não | _____ |
| c. Caso Atípico | () Sim () Não | _____ |
| d. Colaboração do Paciente Adequada | () Sim () Não | _____ |
| e. Outras considerações | | _____ |
| 7- Conclusões sobre o Caso | | |
| a. Bom ou Excelente Tratamento: | () Sim () Não | _____ |
| b. Observações: | | _____ |