|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **UNIVERSIDAD NACIONAL DE CHIMBORAZO**  FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD   |  | | --- | | CARRERA DE ODONTOLOGÍA | |



**PRÁCTICA DE PERIODONCIA**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **GUIA DE PRÁCTICA N° 1** | | | | | |
| **FECHA:** | … de ……. de 2022 | | | | |
| **NOMBRE DEL DOCENTE:** | | Xavier Salazar | | | |
| **ASIGNATURA:** | | PERIODONCIA II | | | |
| **LUGAR DE LA PRÁCTICA :** | | **LABORATORIO ……….** | | | |
| **PUESTOS DE TRABAJO:** | |  | | | |
| **INTEGRANTES:** | | | **GRUPO N°:** | |  |
| **1.** | | | **6.** | | |
| **2.** | | | **7.** | | |
| **3.** | | | **8.** | | |
| **4.** | | | **9.** | | |
| **5.** | | | **10.** | | |
|  | | | | | |
| **TEMA DE PRÁCTICA:** | | | | | |
| **Historia clínica e identificación de Sondas** | | | | | |
| **RESULTADO DEL APRENDIZAJE** | | | | | |
| Deduce el diagnóstico de la enfermedad periodontal a partir de las características clínicas gingivales, apoyados en el sondaje y valoración radiográfica, para evaluar las condiciones de los tejidos de soporte dental | | | | | |
| **OBJETIVOS DE LA PRÁCTICA** | | | | | |
| Realizar el correcto llenado de la historia clinica e indentifiación de sondas periodontales | | | | | |
| **FUNDAMENTO TEÓRICO** | | | | | |
|  | | | | | |
| **MATERIALES, EQUIPOS Y REACTIVOS** | | | | | |
| * Espejo | | | * Sondas | | |
| * Pinza | | | * Historia Clínica | | |
| * Explorador | | |  | | |
| * Guantes | | |  | | |
| **PROCEDIMIENTO** | | | | | |
| Mediante el llenado de historia clínica se podrá obtener los datos necesarios para el tratamiento de la enfermedad periodontal se realizará dentro de la semana 1 y 2. | | | | | |
| **OBSERVACIONES Y/O RESULTADOS** | | | | | |
|  | | | | | |
| **CONCLUSIONES** | | | | | |
|  | | | | | |
| **RECOMENDACIONES** | | | | | |
|  | | | | | |
| **CUESTIONARIO** | | | | | |
| Q tipos de sondas periodontales existe  Cuantos cigarrillos son considerados como factor de riesgo para enfermedad periodontal | | | | | |
| **FIRMA DOCENTE** | | | | **FIRMA RESPONSABLE DE LABORATORIO** | |
|  | | | |  | |