

AIOL – REQUISITI PER DIVENTARE MEMBRO ATTIVO

- Per diventare un membro attivo AIOL (Associazione Italiana Ortodonzia Linguale) il candidato deve presentare la documentazione di tre casi clinici trattati con apparecchiatura linguale completa su entrambe le arcate.
- La documentazione clinica deve attenersi strettamente alle regole definite, che sono di seguito riportate.
- La partecipazione all'esame per diventare membro attivo è limitata ai colleghi con Laurea in Medicina o Odontoiatria che hanno il diritto di praticare l'Ortodonzia in accordo con le leggi dello stato Italiano. I candidati devono possedere una Laurea in Medicina o Odontoiatria della durata di almeno 5 anni.
- -La Commissione di Esame del Model Display sarà composta da Membri Attivi AIOL scelti dal Comitato Scientifico.
- Ogni caso è valutato esclusivamente sui risultati del trattamento. Non viene effettuata alcuna valutazione sul tipo di apparecchiatura linguale o di ausiliari utilizzati durante il trattamento.
- L'estetica del paziente ed il sorriso devono risultare migliorati dopo il trattamento e deve essere data importanza alla correzione delle anomalie dentali e/o facciali.
- I candidati devono dichiarare che i casi presentati sono stati trattati esclusivamente da loro e che qualsiasi decisione del Comitato Scientifico del Model Display verrà accettata come decisione finale.
- A discrezione del Comitato Scientifico del Model Display al candidato può essere richiesta una spiegazione orale dei casi presentati. La lingua ufficiale è quella italiana.
- Almeno uno dei casi presentati deve essere un trattamento con 2 o 4 estrazioni (non necessariamente premolari; i terzi molari sono esclusi).
- Ognuno dei casi richiede i seguenti records presentati in lingua italiana:
 - 1 (a) Una descrizione diagnostica della malocclusione, anche da un punto di vista funzionale.
 - (b) Un piano di trattamento, incluse le ragioni per questa scelta.
 - (c) Un riassunto del trattamento, incluse le difficoltà incontrate.

2 Modelli in gesso / resina eseguiti immediatamente prima e dopo il trattamento.

3 Sono obbligatorie le radiografie iniziali e finali (ortopantomografia e teleradiografia latero-laterale) di definizione elevata. Quelle finali possono essere state eseguite anche prima di togliere l'apparecchiatura (non più di tre mesi prima della fine del trattamento). Se sono state necessarie altre radiografie queste possono essere allegate nel fascicolo. I tracciati delle teleradiografie latero-laterali possono essere eseguiti secondo le preferenze del candidato. Le radiografie a distanza (un anno) sono opzionali.

4 Sono obbligatorie le fotografie iniziali e finali del viso a colori con corretto orientamento (visione frontale e di profilo) e le fotografie iniziali e finali intraorali a colori (di dimensione di almeno 5*8 centimetri). Sono opzionali le fotografie del viso ed intraorali a distanza (un anno dopo il completamento del trattamento).

5 Devono essere presentati almeno due step intermedi con l'apparecchiatura linguale completa presente in entrambe le arcate.

6 Qualsiasi record addizionale può essere presentato se il candidato lo desidera.

Quando il candidato richiede l'iscrizione all'esame gli vengono inviati i files word per presentare i records, dal momento che questa procedura semplifica la valutazione dell'esame. Ognuno dei casi presentati viene valutato dai commissari usando format della pagina seguente.

FORMAT DI VALUTAZIONE AIOL

	Score	Minimo	Massimo
Fotografie intraorali ed extraorali			2.5
Modelli			2.5
Radiografie			2.5
Tracciati			2.5
TOTALE RECORDS		6.5	10
Descrizione			5
Diagnosi			5
Piano di trattamento			10
Spiegazione del piano di trattamento			10
TOTALE DATI CLINICI		19.5	30
Miglioramento dell'estetica dentofacciale			10
Efficacia della terapia / Difficoltà del caso			30
Finishing dell'occlusione			10
Stabilità dei risultati di trattamento			10
TOTALE DATI TERAPIA		39	60
TOTALE DEL CASI		65	100

- Il risultato dell'esame può essere "superato", "incompleto" o "rimandato".
 - (a) Se un candidato presenta casi non completi di tutti i records richiesti viene informato che la documentazione è incompleta ed i casi non possono essere esaminati.
 - (b) Qualora un candidato sia rimandato il Comitato Scientifico del Model Display avvisa il candidato che dovrà essere riesaminato.

ISTRUZIONI PER I CANDIDATI

- Allo scopo di esaminare attentamente e accuratamente un ampio numero di casi è importante che le presentazioni siano standardizzate poiché questo aiuta il lavoro dei membri del comitato scientifico.
- I candidati devono limitare i testi scritti in lingua italiana allo spazio presente. La dimensione della scrittura può cambiare ma lo spazio deve rimanere costante.
- Ogni pagina dovrà essere inserita in fogli trasparenti e le pagine dovranno essere inserite in un apposito raccoglitore o file.
- I tracciati dovranno essere eseguiti a mano nei tre colori prescritti (nero, rosso e verde) su materiale trasparente e posizionati nelle cover protettive. Non deve essere incluso un foglio di carta nel retro, dal momento che i tracciati devono essere rimossi per controlli e confronti.
- Tracciati digitali e sovrapposizioni digitali sono opzionali e possono essere aggiunte nella documentazione dal candidato.
- Ogni candidato sarà giudicato con un numero e non con il proprio nome: il numero verrà assegnato al candidato dalla Segreteria al momento dell'iscrizione del candidato per garantire l'anonimato ed allo scopo di evitare qualsiasi influenza sulla decisione del Comitato Scientifico del Model Display.

PRESENTAZIONE DEL CASO

Pagina 1: Pagina iniziale con numero del candidato.

Pagina 2: Riassunto del caso (in italiano).

(A) Records prima del trattamento

Pagina 3: Descrizione diagnostica della malocclusione, anche da un punto di vista funzionale.

Pagina 4: Fotografie del viso a colori (frontale, frontale con sorriso, laterale).

Pagina 5: Fotografie intraorali a colori (frontale, laterale destra, laterale sinistra, occlusale superiore e inferiore).

Pagina 5b: Fotografie dei modelli studio.

Pagina 6: Teleradiografia latero-laterale con il paziente in occlusione abituale.

Pagina 7: Tracciato della teleradiografia latero-laterale secondo la tipologia abituale del candidato (in nero).

Pagina 8: Valori cefalometrici del tracciato (Stadio I).

Pagina 9: Radiografie periapicali o radiografia panoramica di adeguata qualità diagnostica.

Pagina 10: Qualsiasi altra radiografia disponibile (opzionale).

Pagina 11: Piano di trattamento, incluse le motivazioni.

Pagina 12: Riassunto del trattamento eseguito, incluse le difficoltà incontrate.

(B) Step intermedi del trattamento

Pagina 13: Fotografie intraorali a colori con visione occlusale superiore e inferiore (frontale, laterale destra e laterale sinistra sono opzionali) che evidenzino due step di trattamento intermedi.

(C) Completamento del trattamento

Pagina 14: Fotografie del viso a colori (frontale, frontale al sorriso, laterale).

Pagina 15: Fotografie intraorali a colori (frontale, laterale destra, laterale sinistra, occlusale superiore e inferiore).

Pagina 15b: : Fotografie dei modelli studio.

Pagina 16: Radiografie periapicali o panoramica all'inizio e alla fine del trattamento.

Pagina 17: Teleradiografia latero-laterale al completamento del trattamento.

Pagina 18: Tracciato della teleradiografia latero-laterale (in rosso).

Pagina 19: Valori cefalometrici (Stadio II) del trattamento.

Pagina 20: Descrizione dei risultati di trattamento e valutazione della contenzione post-trattamento.

Qualsiasi altra documentazione può essere presentata per illustrare il caso nelle pagine seguenti.

Altre analisi o records del trattamento (incluse le sovrapposizioni) possono essere aggiunti dal candidato.



ASSOCIAZIONE ITALIANA DI ORTODONZIA LINGUALE

NUMERO DEL CANDIDATO:

NUMERO DEL CASO:

Anno:

NUMERO DEL CANDIDATO:

NUMERO DEL CASO:

NOME (INIZIALI) :

DATA DI NASCITA :

SESSO :

RECORDS PRETRATTAMENTO: ETA': DATA:

CLASSIFICAZIONE :

**DENTI MANCANTI PRIMA DEL
TRATTAMENTO :**

PIANO DI TRATTAMENTO :

APPARECCHIATURA :

INIZIO DEL TRATTAMENTO : ETA': DATA:

FINE DEL TRATTAMENTO : ETA': DATA:

**DURATA DI TRATTAMENTO
ATTIVO :**

**RECORDS POST-
TRATTAMENTO : ETA': DATA:**

**CONTENZIONE : a) Superiore:
b) Inferiore:**

**FINE CONTENZIONE : a) Superiore: DATA:
b) Inferiore: DATA:**

TEMPO DI CONTENZIONE :

**RECORDS POST-
CONTENZIONE : ETA': DATA:**

**PERIODO FUORI
CONTENZIONE :**

DESCRIZIONE DIAGNOSTICA DELLA MALOCCLUSIONE

A. RIASSUNTO

B. ESAME DELLA TESTA E DEL VISO

C. ESAME FUNZIONALE

D. ESAME INTRAORALE

E. MODELLI

NUMERO DEL CASO:

DATA:

ETA':

FOTOGRAFIE DEL VISO PRE-TRATTAMENTO

NUMERO DEL CASO:

DATA:

ETA':

FOTOGRAFIE INTRAORALI A COLORI
DELL'OCCLUSIONE PRE-TRATTAMENTO

NUMERO DEL CASO:

DATA:

ETA':

MODELLI STUDIO PRE-TRATTAMENTO

NUMERO DEL CASO:

DATA:

ETA':

TELERADIOGRAFIA LATERO-LATERALE PRE- TRATTAMENTO

NUMERO DEL CASO:

DATA:

ETA':

**TRACCIATO DELLA TELERADIOGRAFIA LATERO-
LATERALE PRE-TRATTAMENTO**

NUMERO DEL CASO:

DATA:

ETA':

TABELLA RIASSUNTIVA VALORI CEFALOMETRICI E DENTALI

RAPPORTI SCHELETRICI SAGITTALI		
Posizione del Mascellare S.N / A	82° +/- 3,5°	
Posizione della Mandibola S.N / Pg	80° +/- 3,5°	
Relazione Inter-mascellare sagittale A.N / Pg	2° +/- 2,5°	
RAPPORTI SCHELETRICI VERTICALI		
Inclinazione del Mascellare S.N / ANS.PNS	8° +/- 3,0°	
Inclinazione della Mandibola S.N / Go.Gn	33° +/- 2,5°	
Relazione Inter-mascellare Verticale ANS.PNS / Go.Gn	25° +/- 6,0°	
RAPPORTI DENTO-BASALI		
Inclinazione Incisivo Superiore +1 / ANS.PNS	110° +/- 6,0°	
Inclinazione Incisivo Inferiore -1 / Go.GN	94° +/- 7,0°	
Compensazione Incisivo Inferiore -1 / A.Pg (mm.)	2 +/- 2 mm.	
RAPPORTI DENTALI		
Overjet (mm.)	3,5 +/- 2,5 mm.	
Overbite (mm.)	2,5 +/- 2,5 mm.	
Angolo Inter-incisivo	132° +/- 6,0°	

**RADIOGRAFIA PERIAPICALE O PANORAMICA PRE-
TRATTAMENTO**

NUMERO DEL CASO:

DATA:

ETA':

ALTRE RADIOGRAFIE PRE-TRATTAMENTO

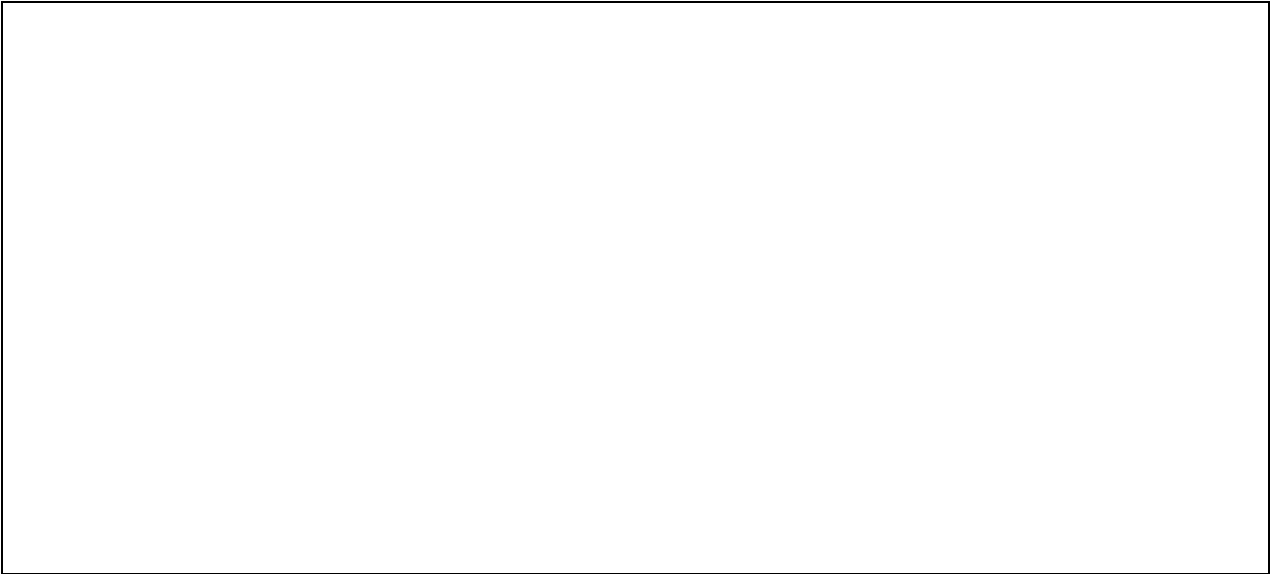
NUMERO DEL CASO:

DATA:

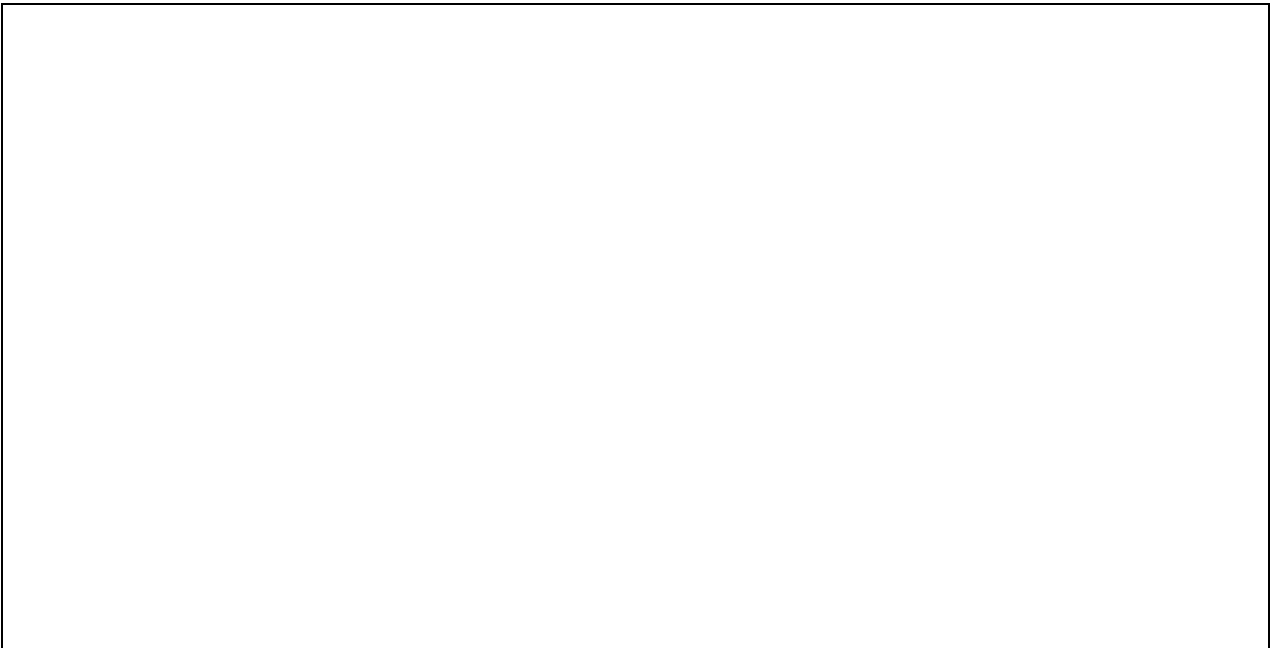
ETA':

ANALISI DELLE RADIOGRAFIE PRE-TRATTAMENTO

A. RADIOGRAFIA PANORAMICA



B. INTERPRETAZIONE DEI VALORI CEFALOMETRICI

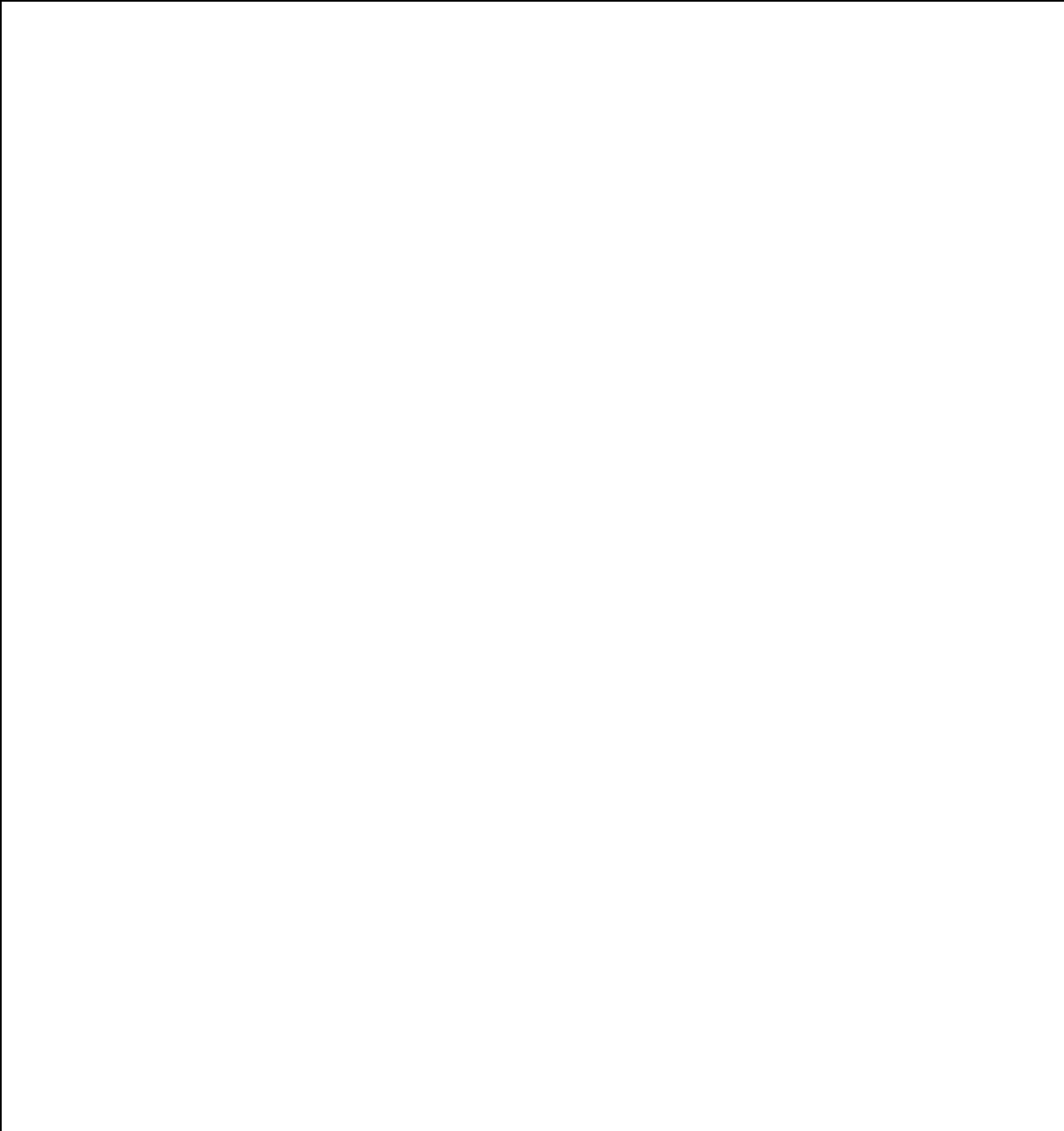


NUMERO DEL CASO:

DATA:

ETA':

PIANO DI TRATTAMENTO E MOTIVAZIONI



NUMERO DEL CASO:

DATA:

ETA':

PROGRESS

NUMERO DEL CASO:

DATA:

ETA':

PROGRESS

NUMERO DEL CASO:

DATA:

ETA':

**RIASSUNTO DEL TRATTAMENTO ESEGUITO
INCLUDE LE DIFFICOLTA' INCONTRATE**

-

NUMERO DEL CASO:

DATA:

ETA':

FINO A:

FOTOGRAFIE DEL VISO ALLA FINE DEL TRATTAMENTO

NUMERO DEL CASO:

DATA:

ETA':

FOTOGRAFIE INTRAORALI DELL'OCCLUSIONE POST- TRATTAMENTO

NUMERO DEL CASO:

DATA:

ETA':

MODELLI STUDIO POST-TRATTAMENTO

NUMERO DEL CASO:

DATA:

ETA':

TELERADIOGRAFIA LATERO-LATERALE POST-
TRATTAMENTO

NUMERO DEL CASO:

DATA:

ETA':

**TRACCIATO DELLA TELERADIOGRAFIA LATERO-
LATERALE POST-TRATTAMENTO**

NUMERO DEL CASO:

DATA:

ETA':

TABELLA RIASSUNTIVA VALORI CEFALOMETRICI E DENTALI

RAPPORTI SCHELETRICI SAGITTALI			
Posizione del Mascellare S.N / A	82° +/- 3,5°		
Posizione della Mandibola S.N / Pg	80° +/- 3,5°		
Relazione Inter-mascellare sagittale A.N / Pg	2° +/- 2,5°		
RAPPORTI SCHELETRICI VERTICALI			
Inclinazione del Mascellare S.N / ANS.PNS	8° +/- 3,0°		
Inclinazione della Mandibola S.N / Go.Gn	33° +/- 2,5°		
Relazione Inter-mascellare Verticale ANS.PNS / Go.Gn	25° +/- 6,0°		
RAPPORTI DENTO-BASALI			
Inclinazione Incisivo Superiore +1 / ANS.PNS	110° +/- 6,0°		
Inclinazione Incisivo Inferiore -1 / Go.GN	94° +/- 7,0°		
Compensazione Incisivo Inferiore -1 / A.Pg (mm.)	2 +/- 2 mm.		
RAPPORTI DENTALI			
Overjet (mm.)	3,5 +/- 2,5 mm.		
Overbite (mm.)	2,5 +/- 2,5 mm.		
Angolo Inter-incisivo	132° +/- 6,0°		

RADIOGRAFIA PERIAPICALE O PANORAMICA POST- TRATTAMENTO


NUMERO DEL CASO:

DATA:

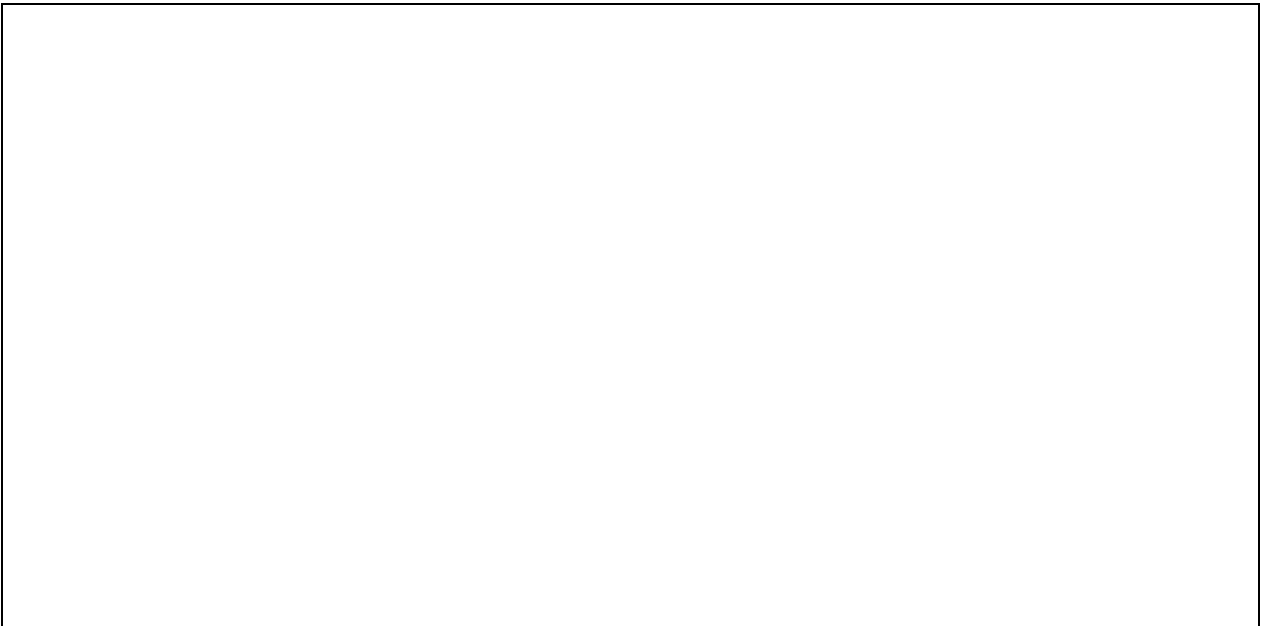
ETA':

ANALISI DELLE RADIOGRAFIE A FINE TRATTAMENTO

A. RADIOGRAFIA PANORAMICA



B. INTERPRETAZIONE DEI VALORI CEFALOMETRICI

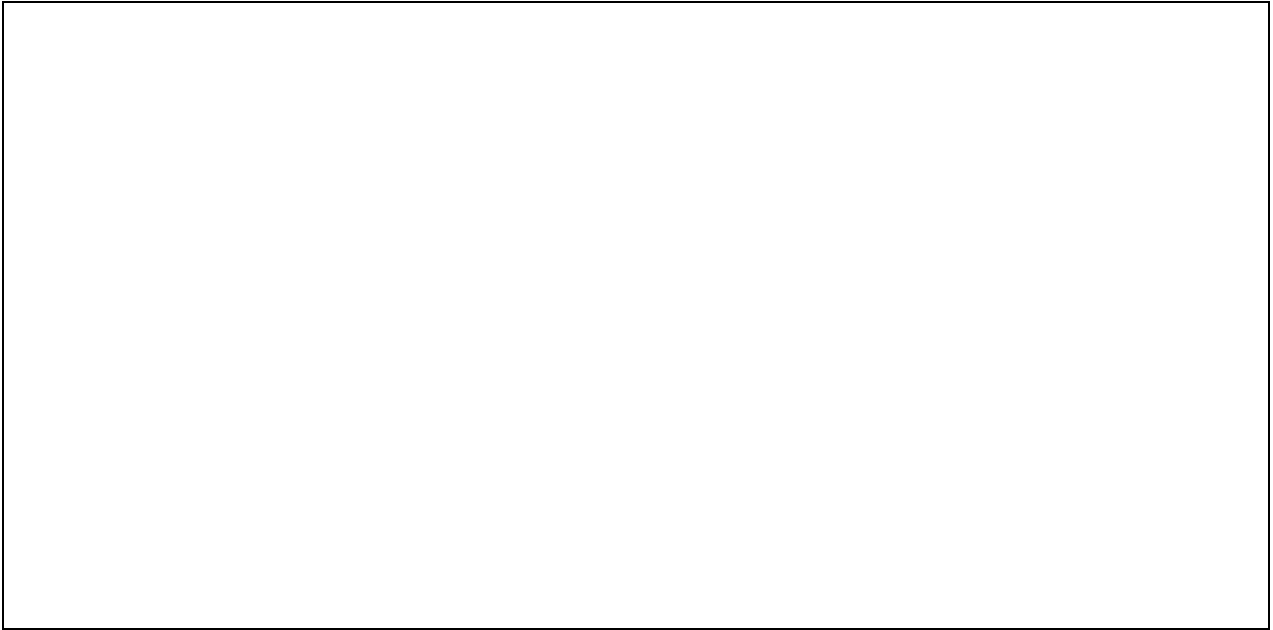


NUMERO DEL CASO:

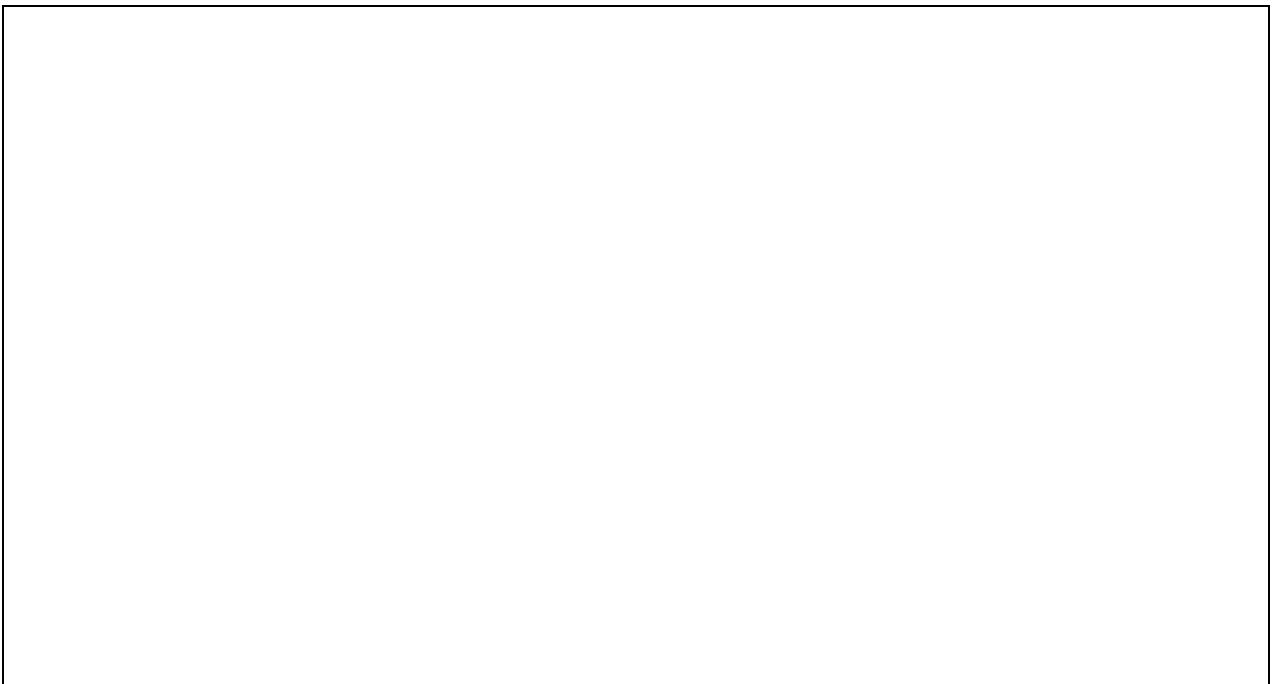
DATA:

ETA':

DESCRIZIONE DEI RISULTATI

A large, empty rectangular box with a thin black border, intended for the user to describe the results of the study or treatment.

DESCRIZIONE DEL POST-TRATTAMENTO VALUTAZIONE DELLA CONTENZIONE

A large, empty rectangular box with a thin black border, intended for the user to describe the post-treatment phase and evaluate containment.

NUMERO DEL CASO:

DATA:

ETA':

FOTOGRAFIE DEL VISO A DISTANZA

NUMERO DEL CASO:

DATA:

ETA':

FOTOGRAFIE INTRAORALI A COLORI A DISTANZA

NUMERO DEL CASO:

DATA:

ETA':

TELERADIOGRAFIA LATERO-LATERALE A DISTANZA

NUMERO DEL CASO:

DATA:

ETA':

TRACCIATO DELLA TELERADIOGRAFIA LATERO- LATERALE A DISTANZA

NUMERO DEL CASO:

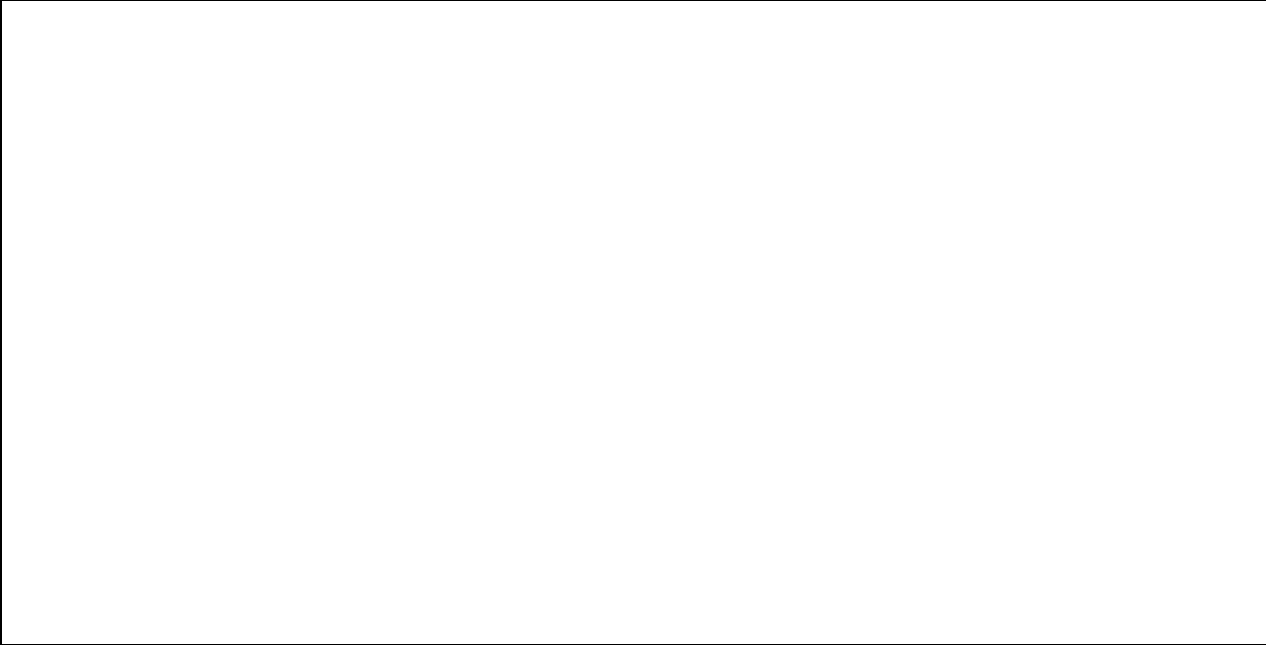
DATA:

ETA':

TABELLA RIASSUNTIVA VALORI CEFALOMETRICI E DENTALI

RAPPORTI SCHELETRICI SAGITTALI				
Posizione del Mascellare S.N / A	82° +/- 3,5°			
Posizione della Mandibola S.N / Pg	80° +/- 3,5°			
Relazione Inter-mascellare sagittale A.N / Pg	2° +/- 2,5°			
RAPPORTI SCHELETRICI VERTICALI				
Inclinazione del Mascellare S.N / ANS.PNS	8° +/- 3,0°			
Inclinazione della Mandibola S.N / Go.Gn	33° +/- 2,5°			
Relazione Inter-mascellare Verticale ANS.PNS / Go.Gn	25° +/- 6,0°			
RAPPORTI DENTO-BASALI				
Inclinazione Incisivo Superiore +1 / ANS.PNS	110° +/- 6,0°			
Inclinazione Incisivo Inferiore -1 / Go.GN	94° +/- 7,0°			
Compensazione Incisivo Inferiore -1 / A.Pg (mm.)	2 +/- 2 mm.			
RAPPORTI DENTALI				
Overjet (mm.)	3,5 +/- 2,5 mm.			
Overbite (mm.)	2,5 +/- 2,5 mm.			
Angolo Inter-incisivo	132° +/- 6,0°			

DESCRIZIONE DELLA CONTENZIONE /
RISULTATI POST-CONTENZIONE

A large, empty rectangular box with a thin black border, intended for the user to enter a description of the containment and post-containment results.

NUMERO DEL CASO:

DATA:

ETA':



NUMERO DEL CANDIDATO	
NUMERO DEL CASO	

NOME DEL PAZIENTE (INIZIALI) :
SESSO :
TIPO DI MALOCCLUSIONE:
INIZIO DEL TRATTAMENTO:
FINE DEL TRATTAMENTO:
TEMPO DI TRATTAMENTO ATTIVO:
TIPO DI APPARECCHIATURA

FOTOGRAFIE INTRAORALI PRE-TRATTAMENTO:

--	--	--	--	--

FOTOGRAFIE INTRAORALI POST-TRATTAMENTO:

--	--	--	--	--