



FACULTATEA DE MEDICINĂ
PROGRAM DE STUDII: MEDICINĂ DENTARĂ
GRILE LICENȚĂ

II. PEDODONTIE

Bibliografie:

E. Ionescu – Manual pentru rezidențiat – Stomatologie, Ed. Universitară Carol Davila, București, 2021, Vol. II (pag. 367-451)

1. Mecanismul erupției dentare este însoțit de:

- a. Modificări tisulare
- b. Procese de formare a dinților și a structurilor de susținere
- c. Resorbția osului alveolar
- d. Aipoziția osului alveolar
- e. Exfolierea dinților temporari

Răspuns: A,B,C,D 367

2. . Erupția dinților permanenți se desfășoară în următoarele etape:

- a. Erupția dinților permanenți se desfășoară în trei etape principale
- b. Erupția dinților permanenți se desfășoară în două etape principale și o etapă secundară
- c. În prima etapă erup incisivii și primii molari permanenți
- d. În etapa a II-a erup caninii, premolarii și molarii de 12 ani
- e. În etapa a III-a erup molarii de minte

Răspuns: B,C,D 373

3. *În tulburările ordinii de erupție, examenul radiologic este obligatoriu, putând indica următoarele, cu excepția:

- a. Obstacole locale (dinte supranumerar)
- b. Formațiuni chistice
- c. Rizaliză accentuată la dintele temporar
- d. Cuduri corona-radiculare
- e. Lipsa mugurelui dentar

Răspuns: C 375

4. Referitor la etapa posteruptivă a erupției dentare, putem afirma ca:

- a. Începe la atingerea planului de ocluzie
- b. După atingerea planului de ocluzie, formarea rădăcinii în zona apicală va continua o perioadă de timp variabilă (1- 4 ani) specifică fiecărui dinte
- c. Mișcările dintelui sunt de amplitudine mare
- d. Procesul alveolar crește în înălțime la începutul etapei
- e. Se mai numește etapa ocluzală

Răspuns: A, B, D 368



5. Mecanismele de producere implicate în etapa preeruptivă a erupției dentare cuprind:

- a. Procese de apoziție și resorbție osoasă
- b. Modificări ale osului alveolar, limitate la baza alveolei
- c. Modificări ale osului alveolar, abundente la baza alveolei
- d. Modificări ale osului alveolar, limitate la peretii alveolari laterali
- e. Procese reglate genetic

Răspuns: A,D,E 367

6. Proffit afirmă despre erupția dinților temporari:

- a. Erupția accelerată sau încetinită cu aproximativ șase luni are semnificație patologică
- b. Erupția accelerată sau încetinită cu aproximativ șase luni intră în intervalul de normalitate
- c. Incisivul central inferior erupe la 8 luni
- d. Molarul secund superior erupe la 29 luni
- e. Secvența de erupție este, de obicei, păstrată

Răspuns: B,C,D,E 372

7. Despre dinții temporari sunt adevărate următoarele afirmații:

- a. Incisivii temporari se mențin în funcție aproximativ 3 ani
- b. Incisivii temporari se mențin în funcție aproximativ 5 ani
- c. Molari temporari se mențin în funcție aproximativ 5 ani
- d. Molarii temporari se mențin în funcție aproximativ 9 ani
- e. Dinții temporari joacă un rol important în alinierea corespunzătoare a dinților permanenți

Răspuns: B,D,E 371

8. *Clinic, pruritul gingival nu se manifestă prin:

- a. Mucoasă gingivală tumefiată
- b. Mucoasă gingivală roșiatică, hiperemică
- c. Mucoasă gingivală nedureroasă la palpare
- d. Hipersalivație
- e. Senzație de prurit ce se poate calma la exercitarea de presiune asupra zonei afectate

Răspuns: C 374

9. *Factorii ce pot determina variații patologice ale erupției dinților permanenți nu sunt:

- a. Factori socio-economici
- b. Obstacole locale
- c. Deficiențe metabolice
- d. Boli genetice
- e. Traumatismele dento-alveolare

Răspuns: A 370

10. Factorii etiologici ce determină întârzieri patologice de erupție ale dinților temporari sunt:

- a. Luesul congenital
- b. Rubeola prenatală



- c. Osteopetroza
- d. Febrile eruptive
- e. Sindromul Down

Răspuns: A,B,C,E 369

11. *Variante ale ordinii de erupție ale dinților permanenți în etapa I sunt, cu excepția:

- a. Molarii 1 erup primii și apoi incisivii centrali inferiori
- b. Incisivii centrali inferiori erup primii și apoi molarii de 6 ani
- c. Incisivii centrali superiori erup primii și apoi molarii de 6 ani
- d. Molarii erup simultan cu incisivii centrali inferiori
- e. Incisivii centrali inferiori erup după incisivii centrali superiori

Răspuns: C 373

12. *Dinții temporari erup după următoarele reguli:

- a. Dinții temporari maxilari erup înaintea celor mandibulari, cu excepția incisivilor laterali inferiori care erup înaintea incisivilor laterali superiori
- b. Dinții temporari mandibulari erup înaintea celor maxilari, cu excepția incisivilor laterali superiori care erup înaintea incisivilor laterali inferiori
- c. Erupția dinților temporari se face în ordinea poziției lor de pe arcada, cu excepția molarilor doi temporari care erup înaintea caninilor
- d. Erupția dinților temporari se face în ordinea poziției lor de pe arcada, cu excepția caninilor temporari care erup înaintea incisivilor
- e. Erupția dinților temporari se face în ordinea poziției lor de pe arcada, cu excepția primilor molari temporari care erup înaintea incisivilor

Răspuns: B 371

13. Despre cronologia dinților permanenți putem spune:

- a. Erup în perioada de viață 6-13 ani, fără a lua în considerație molarul de minte
- b. În a doua etapă are loc înlocuirea incisivului lateral inferior (7-8 ani)
- c. În prima etapă are loc înlocuirea incisivului central superior (7-8 ani)
- d. În a doua etapă are loc înlocuirea caninului inferior (9 ani)
- e. În prima etapă are loc înlocuirea caninului superior (11-12 ani)

Răspuns: A,C,D 372, 373

14. Tulburările de poziție din cadrul patologiei erupției dentare, sunt reprezentate de:

- a. Ectopii, incluzii, rotații, ce interesează ultimii dinți din grup
- b. Ectopii, incluzii, rotații ce interesează primii dinți din grup
- c. Transpoziții, schimbarea locului pe arcadă între doi dinți vecini, dintele cel mai interesat fiind premolarul unu
- d. Transpoziții, schimbarea locului pe arcadă între doi dinți vecini, dintele cel mai interesat fiind caninul
- e. Heterotopia, dintele se formează și este la mare distanță de locul lui obișnuit pe arcadă

Răspuns: A, D, E 376



15. Despre teoria actuală a erupției dentare, cea a tracțiunii ligamentului periodontal asupra dintelui, putem afirma:

- a. Forța care deplasează dintele este generată de proprietatea contractilă a fibroblastelor ligamentare
- b. Transformarea contracției în mișcare dentară necesită o serie de condiții, de exemplu creșterea rădăcinii și remodelarea osului și a colagenului
- c. Direcția principală de deplasare a dintelui este axială, fără a se produce deplasări în alte planuri
- d. Direcția principală de deplasare a dintelui este axială, dar se produc deplasări și în alte planuri
- e. Direcția principală de deplasare a dintelui este transversală

Răspuns: A,B,D 367

16. *Sunt tulburări de ritm ale erupției, cu excepția:

- a. Erupția dinților temporari nu debutează la 6 luni ci la 9-10 luni, dar va prezenta un ritm mai rapid, așa încât la 2,5 ani sunt prezenți toți dinții temporari
- b. Decalajul între vârsta dentară și vârsta osoasă se poate manifesta și printr-o erupție accelerată a incisivilor
- c. Maxilarul nu e dezvoltat suficient, lipsesc tremele și diastemele fiziologice necesare permutării dentare, rezultând o dizarmonie dento-alveolară cu înghesuire tranzitorie
- d. Schimbarea locului pe arcadă între doi dinți vecini, dintele cel mai interesat fiind caninul superior
- e. Pe o hemiarcadă dinții au erupt atingând planul de ocluzie, iar pe cealaltă hemiarcadă dinții se află într-o evoluție întârziată (infraocluzie)

Răspuns: D 376

17. *Despre hematumul de erupție sunt adevărate următoarele afirmații:

- a. Se formează prin acumularea de sânge la nivelul sacului folicular al unui dinte care urmează să erupă în scurt timp
- b. Se formează din țesutul epitelial redus al unui dinte neerupt, cu câteva săptămâni înainte de erupție
- c. Dinții cei mai afectați sunt primul molar temporar, molarul II temporar, caninul temporar și caninul permanent
- d. Dinții cei mai afectați sunt molarul trei și caninii permanenți
- e. Are o semnificație patologică

A 374

18. Erupția cronologic normală:

- a. Dinții erup la momente de timp plasate în jurul vârstei medii de erupție în interiorul intervalului de variabilitate
- b. Intervalul de variabilitate este considerat normal ca fiind de +/- de 2 x DS (DS reprezintă deviația standard).
- c. Valoarea DS la dinții temporari este de 1 - 2 luni
- d. Valoarea DS la dinții temporari este de 1,5 - 3-4 luni



- e. Valoarea DS la dinții permanenți este de 6 luni - 1 an și jumătate
A,B,D,E 375

19. Erupția dinților temporari se desfășoară în 3 etape:

- Etapa I - incisivii între 6-12 luni
- Etapa I – incisivii și caninii între 6-12 luni
- Etapa a II-a - caninii între 12-18 luni și primii molari între 18-24 luni
- Etapa a II-a - primii molari între 12-18 luni și caninii între 18-24 luni;
- Etapa a III-a - molarii secunzi între 24-30 luni

A,D,E 371

20. Factorii locali ce pot determina accelerări în erupția dinților permanenți sunt , cu excepția:

- Angioamele feței
- Complicațiile gangrenei dinților temporari
- Hiperactivitatea tiroidei
- Hipersecreția hormonului de creștere
- Traumatisme dento-alveolare

C,D,E 370

21. Despre tulburările vârstei de erupție, sunt false următoarele afirmații:

- Erupția cronologic normală: dinții erup la momente de timp plasate în jurul vârstei medii de erupție în interiorul intervalului de variabilitate considerat normal ca fiind de \pm de 2 x DS (DS reprezintă deviația standard)
- Erupția cronologic accelerată: dinții erup la momente de timp plasate în afara intervalului de variabilitate normal, adică cu mai mult de 2 x DS sub vârsta medie de erupție
- Erupția cronologic întârziată: dinții erup la momente de timp plasate în afara intervalului de variabilitate normal, adică cu mai mult de 2 x DS peste vârsta medie de erupție
- Erupția cronologic întârziată poate interesa un dinte, un grup de dinți sau întreaga serie dentară
- Erupția cronologic întârziată interesază întotdeauna întreaga serie dentară

E 375

22. Tulburările ordinii de erupție în prima etapă a dentiției mixte constau în:

- Asimetrii în erupția incisivilor centrali inferiori
- Erupția incisivilor laterali înaintea unuia sau ambilor centrali
- Erupția incisivilor laterali înaintea primilor premolari
- Erupția molarilor trei înaintea caninilor
- Erupția primilor molari înaintea incisivilor laterali

B 375

23. Aprecierea vârstei dentare se poate realiza prin următoarele metode:

- În funcție de numărul dinților erupți
- În funcție de numărul de dinți pierduți



- C. În funcție de aspectul dinților
 - D. În funcție de gradul de mineralizare dentară determinat radiologic
 - E. În funcție de gradul de rizaliză determinat radiologic
- A,D 370

24. Factorii locali ce pot determina variații patologice ale erupției dinților permanenți sunt:

- A. Angioamele feței
 - B. Activitatea glandelor endocrine
 - C. Complicațiile gangrenei dinților temporari
 - D. Traumatismele dento alveolare
 - E. Obstacolele locale
- A,C,D,E 370

25. Bolile genetice ce pot determina întârzieri ale erupției dinților permanenți sunt:

- A. Sindromul Turner
 - B. Sindromul Patau
 - C. Incontinentia Pigmenti
 - D. Disostoza cleidocraniana
 - E. Disostoza maxilo-facială
- A,C,D 369

26. Între structurile dentare și structurile osoase identificăm următoarele diferențe:

- A. Dinții au origine ectodermală
 - B. Dinții au origine dubla ectomezodermală
 - C. Osul are origine mezodermală
 - D. Osul are origine ectodermală
 - E. Osul are origine dublă ectomezodermală
- B,C 368

27. Vârstele medii de erupție ale dinților permanenți în etapa I sunt:

- a. Între 6-9 ani (erup primii molari și incisivii)
 - b. 6-7 ani - erup primii molari și incisivii centrali inferiori
 - c. La 7-8 ani - erup incisivii centrali superiori și incisivii laterali superiori
 - d. La 8-9 ani erup incisivii laterali inferiori
 - e. La 8-9 ani erup incisivii laterali superiori
- A,B,E 373

28. Variațiile normale ale erupției dinților temporari sunt determinate de următorii factori, cu excepția:

- A. Greutatea la naștere
- B. Vârsta mamei
- C. Momentul nașterii
- D. Rahitismul



E. Numărul de nașteri al mamei
D 368

29. Simptomele pericoronaritei congestive sunt:

- A. Congestia gingivală
 - B. Durere locală
 - C. Fluctuență la palpare
 - D. Starea generală poate fi alterată cu febră
 - E. Adenopatie submandibulară
- A,B,D,E 374

30. Factorii generali ce determina variații patologice ale erupției dinților permanenți sunt, cu excepția:

- A. Activitatea glandelor endocrine
 - B. Deficiențe nutriționale și metabolice
 - C. Angioame ale feței
 - D. Complicațiile gangrenei dinților temporari
 - E. Boli genetice
- C,D 369

31. Erupția dinților temporari se desfășoară în 3 etape:

- A. Etapa I – primii molari între 6-12 luni
 - B. Etapa a II-a – caninii între 12-18 luni și molarii primi între 18-24 luni
 - C. Etapa a II-a - primii molari între 12-18 luni și caninii între 18-24 luni
 - D. Etapa a II-a - primii molari între 12-18 luni și molarii secunzi între 18-24 luni
 - E. Etapa a III-a - molarii secunzi între 18-24 luni
- C 371

32. Despre erupția dentară sunt adevărate următoarele afirmații, cu excepția:

- A. Se desfășoară asemănător la ambele dentiții
 - B. Dinții temporari prezintă o erupție mai lentă, cu o amplitudine mai mare și mai îndelungată în comparație cu dinții permanenți
 - C. Dinții permanenți prezintă o erupție mai lentă, cu o amplitudine mai mare și mai îndelungată în comparație cu dinții temporari
 - D. Dinții erup într-o anumită ordine, cu viteze și la momente de timp diferite
 - E. Tiparul erupției la ambele dentiții este simetric, diferențele între erupția dinților omologi nefiind mai mari de 2-4 luni
- B 367

33. Sunt tulburări iritative, inflamatorii, infecțioase ale erupției dinților temporari și permanenți:

- a. Pruritul gingival
- b. Pericoronarita supurată
- c. Pericoronarita congestivă



- d. Chisturile radiculare
 - e. Gingivostomatita
- A,B,C,E 374

34. Sunt cauze posibile ale erupției dinților natali și neonatali, cu excepția:

- A. Tulburări endocrine
 - B. Deficiențe alimentare
 - C. Luesul congenital
 - D. Febra eruptivă
 - E. Transmitere ereditară
- D, E 372

35. Clinic, chisturile dentigere prezintă:

- A. O tumefacție de dimensiuni reduse
 - B. O tumefacție de dimensiuni mari
 - C. Este compresibil
 - D. Consistență mai puțin fermă decât a hematomului de erupție
 - E. Frecvent asimptomatic
- B,C,E 374

36. Despre sechestrul de erupție putem afirma:

- A. Apare atunci când există un fragment osos pe fața ocluzală a unui molar aflat în erupție
 - B. Provocat de neconcordanța dintre viteza mică de erupție dentară și viteza mai mare de resorbție a osului
 - C. Dinții cei mai afectați sunt molarii permanenți și molarii II temporari
 - D. Pe imaginea radiografică se observă o radioopacitate separată de dinte printr-o zonă de radiotransparență
 - E. frecvent simptomatic, dureri la masticăție
- A,C,D 375

37. Erupția dinților temporari la un copil sănătos poate determina, cu excepția:

- A. Iritabilitatea
 - B. Perturbarea somnului
 - C. Hipersalivație
 - D. Roșeața peri-orală
 - E. Tulburări gastro-intestinale
- E 374

38. Referitor la etapa eruptivă a erupției dentare, sunt adevărate următoarele afirmații:

- A. Începe în momentul formării rădăcinii dentare
- B. Se încheie odată cu articularea dintelui respectiv cu dinții vecini și antagoniști
- C. Modificările osului alveolar sunt caracterizate prin creșteri reduse la nivelul bazei alveolei
- D. Modificările osului alveolar sunt caracterizate prin creșteri abundente pe pereții laterali
- E. Cuprinde două subetape: intraosoasă și extraosoasă



A,B,E 368

39. Despre variațiile erupției dinților temporari, sunt adevărate următoarele afirmații:
- Erupția este precoce când primul dinte temporar erupe înaintea vârstei de 4 luni, iar ultimul dinte înaintea vârstei de 1 an
 - Erupția este precoce când primul dinte temporar erupe înaintea vârstei de 4 luni, iar ultimul dinte înaintea vârstei de 2 ani
 - Erupția este întârziată când primul dinte erupe după vârsta de 1 an, iar ultimul dinte după vârsta de 3 ani
 - Erupția este întârziată când primul dinte erupe după vârsta de 2 ani, iar ultimul dinte după vârsta de 3 ani
 - Variațiile erupției dinților temporari cu 1-2 luni în afara intervalelor cunoscute nu au semnificație patologică

B,C,E 371

40. Erupția dinților permanenți respectă următoarele reguli:
- Dinții erup mai repede la băieți decât la fete
 - Dinții erup mai repede la fete decât la băieți
 - Este influențată într-o mai mare măsură de factorii de mediu
 - După erupția primului molar superior, dinții permanenți erup în ordinea poziției lor pe arcadă
 - Dinții erup simetric la mici diferențe dreapta-stânga

B,C,E 373

41. La sfârșitul perioadei dentiției temporare se observă:
- O mărire a arcului frontal cu treme între dinți (diastemizare)
 - Abraziune fiziologică
 - Abraziune patologică
 - O ușoară distalizare a mandibulei
 - O ușoară mezializare a mandibulei

A,B,E 373

42. Erupția dinților temporari respectă următoarele reguli, cu excepția:
- Dinții temporari erup normal în intervalul 6-36 luni
 - Cronologia erupției dinților temporari este influențată în special de factori genetici și mai puțin de factori de mediu
 - Cronologia erupției dinților temporari este influențată în special de factori de mediu și mai puțin de factori genetici
 - Dinții temporari erup după regula 6/4, adică la fiecare 6 luni erup încă 4 dinți
 - Erupția dinților temporari se desfășoară în 3 etape

A,C 371



43. Factorii fiziologici ce determină variațiile normale ale erupției dinților permanenți sunt:

- A. Diferențele rasiale
 - B. Efectul climei
 - C. Factori socio-economici
 - D. Tendința seculară de prelungire a perioadei de erupție
 - E. Deficiențele nutritive
- A,B,C,E 369

44. Despre dinții natiți putem afirma:

- a. Sunt dinții prezenți în cavitatea bucală în momentul nașterii
 - b. Sunt dinții care erup în prima lună de viață
 - c. Pot fi de două feluri: predeciduali și dinți fetali
 - d. Pot fi de două feluri: supranumerari și dinți temporari normali
 - e. Se mai numesc dinți congenitali, dentitio praecox
- A,D,E 372

45. Erupția dinților temporari respectă următoarele reguli:

- A. Dinții temporari erup normal în intervalul 6-30 luni
 - B. La fete primul grup de dinți erupe mai repede decât la băieți
 - C. La băieți primul grup de dinți erupe mai repede decât la fete
 - D. Cronologia erupției dinților temporari este influențată în special de factori genetici și mai puțin de factori de mediu
 - E. Dinții temporari erup după regula 4/6, adică la fiecare 4 luni erup încă 6 dinți
- A,C,D 371

46. Tulburările ordinii de erupție în etapa II a dentiției mixte sunt datorate complicațiilor periapicale ale cariilor dentare netratate ale molarilor temporari, altfel:

- A. Pot produce erupția premolarului doi înaintea primului premolar și a caninului, favorizând astfel mezializarea primului molar permanent și determinând în final încadrarea caninului permanent pe linia arcadei
 - B. Pot produce erupția premolarului doi înaintea primului premolar și a caninului, favorizând astfel distalizarea primului molar permanent
 - C. Pot produce apariția osteosclerozelor sau osteofibrozelor postextractionale ce pot întârzia erupția premolarului doi, fiind favorizată astfel migrarea mezială a primului molar permanent
 - D. Întârzierea erupției premolarului doi și migrarea mezială a primului molar permanent duc la închiderea spațiului pentru premolarul doi, fapt ce va determina în final incluzia sau erupția ectopică a acestuia
 - E. Întârzierea erupției premolarului doi și migrarea mezială a primului molar permanent duc la închiderea spațiului pentru premolarul doi, fapt ce va determina în final incluzia sau erupția hetroptică a acestuia
- A,C,D 375

47. Referitor la etapa preeruptivă a erupției dentare, sunt adevărate următoarele afirmații:



- A. Dintele începe mișcările odată cu începerea mineralizării coroanei dentare
 - B. Dintele își începe mișcările predominant axiale din momentul în care coroana este complet mineralizată
 - C. Perioada preeruptivă se încheie cand rădăcina este complet formată
 - D. Perioada preeruptiva se încheie când rădăcina este formată $1/3 - 1/2$ din lungimea sa
 - E. Corespunde perioadei de dezvoltare a germeului dentar
- B,D,E 367

48. Între structurile dentare și structurile osoase identificăm următoarele diferențe:

- a. Smalțul nu mai beneficiază de remodelări odată format
 - b. Cementul și dentina se remodelează după formare, prin apozite și resorbție
 - c. Osul se remodelează în permanență și după încheierea etapei de dezvoltare
 - d. Osul se remodelează prin apozitie și resorbție
 - e. Cementul și dentina se remodelează după formare, numai prin resorbție
- A,C,D 368

49. Tabletele de fluor se recomandă:

- A. în trimestrul I de sarcină
 - B. în trimestrul II de sarcină
 - C. în trimestrul III de sarcină
 - D. pe toată durata sarcinii
 - E. nu se recomandă în timpul sarcinii
- C 382

50. Fluoroza ușoară prezintă:

- A. pete alb cretoase, extinse pe toate suprafețele
- B. pete alb cretoase, extinse pe suprafața vestibulară
- C. opacifiere $< 20\%$ din suprafața totală a smalțului
- D. opacifiere $< 30\%$ din suprafața totală a smalțului
- E. suprafață netedă, translucidă A 382

51. Fluoroza moderată prezintă:

- A. smalț albicios
 - B. afectare marcată în raport cu stadiul III
 - C. afectare scăzută în raport cu stadiul III
 - D. colorație maronie
 - E. eroziuni
- A,B,D,E 382

52. Fluoroza incertă prezintă:

- A. transluciditatea smalțului ușor modificată
- B. transluciditate marcată a smalțului
- C. câteva puncte/pete albe
- D. pete alb cretoase



E. smalț albicios A,C 382

53. Fluoroza severă prezintă:

- A. cavități izolate
- B. cavități confluențe
- C. colorație maronie extinsă
- D. suprafețe supuse atriției
- E. afectare marcată în raport cu stadiul III

A,B,C 382

54. Clătirile orale cu ape de gură cu fluor:

- A. se recomandă utilizarea apelor de gură la copiii de vârstă preșcolară
- B. cea mai eficientă este clătirea zilnică cu soluție de NaF 0,05%
- C. cea mai eficientă este clătirea o dată pe săptămână cu soluție de NaF 0,05%
- D. nu se recomandă utilizarea apelor de gură la copiii de vârstă majoră
- E. cea mai eficientă este clătirea o dată pe săptămână cu soluție de NaF 0,5%

B 383

55. Clătirile orale cu ape de gură cu fluor:

- A. se recomandă utilizarea apelor de gură la copiii de vârstă preșcolară
- B. cea mai eficientă este clătirea zilnică cu soluție de NaF 0,05%
- C. cea mai eficientă este clătirea o dată pe săptămână cu soluție de NaF 0,05%
- D. nu se recomandă utilizarea apelor de gură la copiii de vârstă majoră
- E. cea mai eficientă este clătirea o dată pe săptămână cu soluție de NaF 0,5%

B 383

56. .Clorhexidina:

- A. are o toxicitate crescută
- B. prezintă o afinitate puternică pentru dinți
- C. prezintă o afinitate puternică pentru mucoasa orală
- D. are un efect sinergic cu fluorul în suprimarea S. mutans
- E. efectele secundare sunt rare

B,C,D,E 381

57. Tratamentul cu clorhexidina:

- A. se efectuează în cabinetul stomatologic
- B. se efectuează acasă
- C. se aplică gel de clorhexidina 2% în gutiere
- D. se aplică gel de clorhexidina 1% în gutiere
- E. nu este recomandat copiilor cu vârstă mai mică de 6 ani

A,B,D,E 381



58. Clorhexidina:

- A. are un efect general asupra microorganismelor Gram-pozitive
 - B. are un efect general asupra microorganismelor Gram-negative
 - C. lactobacilii sunt mai puțin sensibili la clorhexidină
 - D. lactobacilii sunt deosebit de sensibili la clorhexidină
 - E. S.mutans sunt deosebit de sensibili la clorhexidină
- A,C,E 381

59. Grupa de vârstă 0-1 an:

- A. leziunile carioase de la acest grup de vârstă sunt denumite cariile precoce ale copilăriei sau ECC
 - B. se vor opri obiceiurile alimentare nesanogene
 - C. se instituie un program de periaj adecvat cu o pastă de dinți cu fluor
 - D. se instituie un program de periaj adecvat cu o pasta de dinți fără fluor
 - E. alimentarea cu biberonul pe timpul nopții trebuie oprită brusc, la apariția primelor leziuni
- A,B,C 385

60. . Grupa de vârstă 6-12 ani:

- A. cresc substanțial leziunile carioase la nivelul suprafețelor proximale ale molarilor temporari
 - B. cresc substanțial leziunile carioase la nivelul fețelor ocluzale ale molarilor temporari
 - C. cresc substanțial leziunile carioase la nivelul fețelor proximale ale incisivilor temporari
 - D. indicațiile și principiile de tratament preventiv sunt similare grupei de vârstă 3-6 ani
 - E. indicațiile și principiile de tratament preventiv sunt similare grupei de vârstă 12-19 ani
- A,D 386

61. Grupa de vârstă 12-19 ani:

- A. cele mai susceptibile la carie sunt suprafețele ocluzale ale molarilor
 - B. cele mai susceptibile la carie sunt suprafețele ocluzale ale premolarilor
 - C. cele mai susceptibile la carie sunt suprafețele proximale ale molarilor
 - D. cele mai susceptibile la carie sunt suprafețele proximale ale premolarilor
 - E. se recomandă tehnica de periaj Bass
- A,B,E 386

62. Sigilarea sanțurilor și fosetelor se indică pentru:

- A. prevenirea apariției cariilor din sanțuri și fosete
 - B. în cazul cariilor incipiente ale dinților nou erupți
 - C. în cazul cariilor evolutive ale dinților temporari
 - D. oprirea în evoluție a cariilor incipiente cavitate din sanțuri și fosete
 - E. molari și premolari complet erupți unde se poate obține o izolare optimă
- A,B,E 383



63. Restaurarea preventivă :

- A. sigilanții pe bază de rășini compozite au o rezistență mai mică în timp
 - B. sigilanții pe bază de rășini compozite sunt preferați în situațiile în care nu se poate obține o izolare adecvată
 - C. combină tehnicile de restaurare cu cele de sigilare
 - D. materialele folosite sunt cimentul glassionomer, un compomer, rășinile compozite
 - E. în situații în care izolarea este dificil de realizat este preferat cimentul glassionomer
- C,D,E 384

64. Clasificarea gradelor de fluoroză ale lui Dean sunt:

- A. I: Fluoroza incertă
 - B. II: Fluoroza ușoară
 - C. III: Fluoroza moderată
 - D. IV: Fluoroza severă
 - E. V: Fluoroza severă
- A,E 382

65. Gravajul acid al smalțului:

- A. se realizează cu acid orto-fosforic în concentrație de 36-38%
 - B. se realizează cu acid orto-fosforic în concentrație de 35-37%
 - C. se prezintă sub formă de soluție sau pastă semi-fluidă
 - D. se prezintă sub formă de soluție sau pastă cât mai fluidă
 - E. se prezintă sub formă de soluție sau gel cât mai fluid
- B,E 384

66. Eficiența gravajului acid:

- A. depinde de concentrația acidului
 - B. depinde de durata expunerii
 - C. nu depinde de concentrația acidului
 - D. depinde de compoziția smalțului
 - E. depinde de compoziția dentinei
- A,B,D 384

67. Aplicațiile topice de fluor:

- A. este una dintre cele mai eficiente metode de prevenire a leziunilor carioase
 - B. au efect minim la nivelul interfeței plăcii bacteriene/smalt
 - C. au efect maxim la nivelul interfeței plăcii bacteriene/smalt
 - D. administrarea fluorului este proporțională cu riscul carios
 - E. controlează dizolvarea și precipitarea mineralor în timpul provocării acide
- A,C,D 382



68. Grupa de vârstă 3-6ani:

- A. leziunile carioase inactive la nivelul incisivilor temporari sunt mai puțin frecvente după vârsta de 3 ani
 - B. leziunile carioase active la nivelul incisivilor temporari sunt mai puțin frecvente înainte vârsta de 3 ani
 - C. leziunile carioase active la nivelul incisivilor temporari sunt mai puțin frecvente după vârsta de 3 ani
 - D. molarii primi temporari sunt cei mai frecvent afectați de carie
 - E. majoritatea leziunilor se extind în smalț și dentină
- C 385

69. Intoxicația acută cu fluor:

- A. apare dacă a fost ingerată o cantitate de 5 mg F/kg
 - B. apare dacă a fost ingerată o cantitate de peste 15 mg/kg
 - C. este însoțită de greață, vărsături
 - D. este însoțită dureri abdominale
 - E. apare dacă a fost ingerată o cantitate de 8 mg F/kg
- A,C,D 382

70. Lacurile cu fluor:

- A. conțin concentrații mici cu fluor
 - B. conțin concentrații mari cu fluor
 - C. aderă la suprafețele dentare timp de câteva ore
 - D. aderă la suprafețele dentare timp de câteva zile
 - E. aderă la suprafețele dentare timp de câteva săptămâni
- B,D 383

71. Obiectivele evaluării riscului carios sunt următoarele:

- A. detectarea pacienților cu risc carios mare
 - B. justificarea și monitorizarea tratamentului
 - C. coafajul pulpar
 - D. terapia endodontică
 - E. alegerea unor metode de tratament specifice
- A,B,E 379

72. Tehnica Bass:

- A. numită și tehnica creviculară
 - B. pacientul realizează periajul prin mișcări rotative cu o rază cât mai mare posibil
 - C. periuța este așezată în unghi de 450 față de axul lung al dinților
 - D. tehnica nu asigură protecția caninului
 - E. se recomandă realizarea unor mișcări scurte înainte și înapoi
- A,C,E 380



73. Clorhexidina:

- A. are o afinitate puternică pentru structurile orale
 - B. nu modifică culoarea dinților
 - C. multe tulpini sunt afectate de clorhexidină
 - D. are o toxicitate scăzută
 - E. clătirile orale cu clorhexidină reprezintă tratamentul de elecție în controlul plăcii bacteriene după o intervenție chirurgicală
- A,D,E 381

74. *Sigilarea șanțurilor și fosetelor, contraindicații:

- A. în cazul cariilor incipiente ale dinților nou erupți
 - B. dinți temporari sau permanenți aflați în erupție, când nu se poate asigura o izolare adecvată
 - C. prevenirea apariției cariilor din șanțuri și fosete
 - D. oprirea în evoluție a cariilor incipiente necavitate din șanțuri și fosete
 - E. molari temporari sau permanenți și premolari complet erupți la care se poate obține o izolare optimă
- B 383

75. Particularități de prevenție pentru grupa de vârstă 3-6 ani:

- A. leziunile carioase active la nivelul incisivilor temporari sunt mai puțin frecvente după vârsta de 3 ani
 - B. se poate apela la sigilări, respectiv restaurări preventive cu rășini
 - C. la această vârstă, majoritatea leziunilor carioase la nivelul molarilor temporari sunt limitate în smalț
 - D. la această vârstă, majoritatea leziunilor carioase la nivelul molarilor se extind și în dentină
 - E. dinții cu cea mai mare experiență carioasă sunt molarii primi temporari
- A,B,C 385

76. Tehnica sigilării șanțurilor și fosetelor cuprinde următoarele etape:

- A. gravajul acid al smalțului se realizează cu acid orto-fosforic 35-40%
 - B. izolarea dintelui cu ajutorul digăi
 - C. spălarea cu jet de apă și uscare
 - D. curățarea suprafeței dentare cu pastă de dinți cu fluor și glicerină
 - E. curățarea suprafeței dentare cu pastă de dinți fără fluor și glicerină
- B,C,E 384

77. *Particularități de prevenție pentru grupa de vârstă 0-1 an sunt, cu excepția:

- A. termenul acceptat pentru leziunile carioase la acest grup de vârstă este de carie precoce a copilăriei sau ECC.
- B. cooperarea copilului nu reprezintă o problemă
- C. datorită particularităților psiho-comportamentale ale copilului în această etapă de dezvoltare, tratamentele sunt foarte dificil de realizat, aproape imposibile
- D. se poate apela la diverse metode de management comportamental farmacologic, precum sedarea sau anestezia generală



E. se recomandă, oricând este posibil, o tehnică de tratament non-operativ, toate eforturile fiind îndreptate către transformarea leziunilor în leziuni inactive/oprite în evoluție

B 385

78. Restaurarea preventivă :

A. materialul de obturație utilizat în cazul restaurării preventive poate fi cimentul glassionomer, un compomer sau rășinile compozite

B. în cazul dinților nou erupți sau a altor situații în care izolarea este dificil de realizat, este preferată utilizarea rășinilor compozite

C. în cazul dinților nou erupți sau a altor situații în care izolarea este dificil de realizat, este preferată utilizarea cimenturilor glassionomer

D. în cazul dinților nou erupți sau a altor situații în care izolarea este dificil de realizat, este de preferat un compomer

E. sigilanții pe bază de rășini compozite au o rezistență redusă în timp, nefiind preferați

A,C 384

79. *Particularități de prevenție pentru grupa de vârstă 6-12 ani:

A. la această grupă de vârstă cresc substanțial leziunile carioase la nivelul incisivilor temporari

B. pentru prevenția cariilor la nivelul suprafeței meziale a molarului prim permanent, trebuie acordată o atenție deosebită suprafeței distale a molarilor secundari temporari

C. materialul de elecție în tratamentul suprafeței distale a molarului secundar temporar va fi rășină compozită

D. cea mai frecventă localizare a leziunilor incipiente la această grupă de vârstă este la nivelul șanturilor și fosetelor molarilor temporari

E. se subliniază exclusiv nevoia de tratament operativ

B 386

80. Particularitățile de prevenție pentru grupa de vârstă 12-19 ani:

A. la vârsta de 13 ani, aproximativ 70% dintre leziunile carioase tratate sau netratate implică suprafețele ocluzale ale molarilor și premolarilor

B. la vârsta de 13 ani, aproximativ 80% dintre leziunile carioase tratate sau netratate implică suprafețele ocluzale ale molarilor și premolarilor

C. recomandările preventive includ igiena alimentară

D. recomandările preventive includ aplicații topice de fluoruri

E. recomandările preventive includ restaurarea preventivă cu rășini

B,C,D,E 386.

81. Restaurarea preventivă:

A. combină tehnicile de restaurare cu cele de sigilare

B. presupune utilizarea cimenturilor glassionomer

C. este o metodă foarte invazivă

D. presupune utilizarea exclusivă a rășinilor compozite



E. tehnica presupune aplicarea unui material de restaurare/sigilare ce va acoperi toate zonele celorlalte șanțuri și fosete

A,B,E 384.

82. Materialele utilizate în sigilarea dentară:

- A. Rășini compozite, auto sau fotopolimerizabile
- B. Glassionomeri cu priză chimică, fotoindusă sau mixtă
- C. Rășini compozite cu sau fără fluor
- D. Compomeri – amestec de rășini compozite cu fluor
- E. Compomeri – amestec hibrid dintre glassionomeri și rășini compozite

A,B,C,E 384

83. Restaurarea preventivă cu rășini (RPR):

- A. presupune aplicarea cu rășini compozite fără îndepărtarea țesuturilor dentare alterate
- B. este o tehnică minim invazivă al carei scop este reducerea pierderii de substanță dură sănătoasă
- C. tehnica presupune îndepărtarea țesuturilor dentare alterate de la nivelul șanțurilor și fosetelor afectate
- D. materialele de obturație în cazul acestei tehnici sunt doar rășinile compozite
- E. sigilanții pe bază de rășini au o rezistență mică în timp

B,C 384

84. Particularitățile de prevenție pentru grupa de vârstă 0-1 an se referă la:

- A. la această vârstă nu se poate face nici un fel de prevenție
- B. termenul acceptat pentru leziunile carioase prezente la această vârstă este de carie precoce a copilăriei (ECC)
- C. leziunile din ECC (carioa precoce a copilăriei) au o progresie extrem de rapidă
- D. tratamentul la nivelul molarilor doi temporari trebuie început cât mai repede pentru a nu se agrava
- E. strategiile preventive ar trebui să promoveze stoparea (sau diminuarea) activității carioase prin instruirea părinților

B,C,E 385

85. Particularitățile de prevenție pentru grupa de vârstă 3-6ani:

- A. leziunile carioase active la nivelul incisivilor temporari sunt cele mai frecvente după vârsta de 3 ani
- B. eforturile preventive duc la transformarea cariilor în leziuni inactive
- C. afectarea caninilor este mai frecventă în jurul vârstei de 5 ani
- D. la molarii secunzi temporari cele mai frecvent afectate sunt suprafețele ocluzale și proximale
- E. procedurile preventive includ sigilările și restaurile preventive cu rășini

B,D,E 385



86. Particularitățile de prevenție pentru grupa de vârstă 6-12 ani:

- A. la această vârstă se acordă o atenție deosebită cariilor distale ale molarilor secunzi temporari
 - B. cei mai afectați de leziunile carioase sunt incisivii temporari inferiori
 - C. trebuie acordată o atenție deosebită fosetelor, șanțurilor molarilor și premolarilor
 - D. se face sigilare preventivă și restaurare preventivă cu rășini la molarii permanenți și premolari
 - E. materialele de elecție în tratamentul suprafeței distale a molarilor temporari sunt rășinile compozite
- A,C,D 386

87. Gradele de fluoroză după clasificarea lui Dean :

- A. gradul II - fluoroza foarte ușoară: transluciditatea smalțului ușor modificată
 - B. gradul IV- fluoroza moderată: pete albe cretoase, extinse pe toate suprafețele, opacifere <50% din suprafața totală a smalțului
 - C. fluoroza severă - leziunile cuprind toate suprafețele și este afectată forma generală a dintelui (morfologia), cavități izolate sau confluențe
 - D. fluoroza incertă - zone opace, cretoase alb/ galbene, neregulate, care acoperă 10-25% din suprafață
 - E. fluoroza moderată - smalț albicios, uzura moderată
- C 382

88. *Fluoroza dentară:

- A. este un defect cantitativ al smalțului cauzat de aportul excesiv de fluor în perioada de formare a dinților
 - B. doza prag pentru dezvoltarea fluorozei ușoare este de 5 mg/zi
 - C. doza toxică acută este 15 mg/zi
 - D. simptomele aparute în administrarea dozei toxice acute sunt: greață, vărsături, dureri abdominale, parestezii sau convulsii
 - E. doza de fluor letală depășește 20 mg/zi
- D 382

89. Printre cele mai recomandate tehnici de periaj la copii este tehnica Fones:

- A. este recomandată copiilor peste 8 ani
 - B. pacientul realizează mișcări rotative cu arcadele în contact
 - C. este recomandată în prima etapă a dentiției mixte
 - D. tehnica asigură protecția caninului
 - E. se numește și tehnica creviculară
- B,C 380

90. Recomandările generale ale periajului dentar:

- A. trebuie realizat după vârsta de 3 ani, atunci când copilul poate efectua această tehnică
- B. utilizarea unei periuțe dentare cu peri moi
- C. se realizează după fiecare masă, de 3-4 ori pe zi



- D. durata unui periaj corect este 3-5 minute
 - E. utilizarea unei cantități adecvate de pasta de dinți cu fluor, conform vârstei
- B,D,E 380

91. Pasta de dinți cu fluor, folosită la copii ca metodă de prevenție :

- A. nu se folosește zilnic
 - B. scade riscul de apariție a leziunilor carioase cu cel puțin 20-40%
 - C. copiii mici o înghit, astfel încât se recomandă după 7- 8 ani
 - D. scade riscul de apariție a leziunilor carioase cu cel puțin 20-30%
 - E. cantitatea se dozează în funcție de vârsta copilului
- B,E 383

92. Școala anglo- saxonă descrie următoarele măsuri de prevenție primară specifice:

- A. fluorizarea sistemului public de apă potabilă
 - B. aplicațiile topice de fluor
 - C. sigilări dentare
 - D. periajul dentar
 - E. Examenle clinice periodice asociate cu examinarea radiologică
- A,B,C,D 378

93. Pentru copiii se recomandă o periuță :

- A. cu perii moi
 - B. cu perii medii
 - C. o periuță electrică cu efect superior de curățare celei manuale
 - D. o periuță electrică ca instrument motivant pentru unii copii
 - E. o periuță electrică ca ajutor pentru pacienții cu nevoi speciale
- A,D,E 380

94. *Măsurile specifice prevenției terțiare sunt, cu excepția:

- A. coafajul pulpar
 - B. restaurările preventive cu rășini
 - C. terapia endodontică
 - D. extracțiile dentare
 - E. înlocuirea structurilor dentare pierdute prin lucrări protetice
- B 379

95. Școala anglo-saxonă descrie următoarele mijloace pentru promovarea sănătății oro-dentare:

- a. educație oro-dentară
 - b. profilaxia dentară profesională
 - c. educație nutrițională
 - d. screening-ul periodic
 - e. fluorizarea sistemului public de apă potabilă
- A,C,D 378



96. După școala românească de stomatologie pediatrică, măsurile impuse în cadrul prevenției primare sunt:

- A. examenele clinice periodice asociate cu examinarea radiologică
 - B. igiena nutrițională
 - C. fluorizarea
 - D. sigilările șanțurilor și fosetelor
 - E. tratamentul prompt al cariilor incipiente prin restaurări preventive cu rășini
- B,C,D 378

97. Fluoroza moderată prezintă următoarele caracteristici:

- A. smalț albicios
 - B. colorație maronie
 - C. eroziuni
 - D. suprafețe supuse atriției
 - E. cavități izolate sau confluențe
- A,B,C,D 382

98. Măsurile specifice prevenției secundare sunt:

- A. examenele clinice periodice asociate cu examinarea radiologică
 - B. fluorizarea
 - C. coafajul pulpar
 - D. monitorizarea anomaliilor de dezvoltare dentare
 - E. ortodonția interceptivă
- A,D,E 379

99. Fluoroza severă prezintă următoarele caracteristici:

- A. smalț albicios mai puțin de 50% din suprafața
 - B. leziunile cuprind toate suprafețele
 - C. forma generală a dintelui nu este afectată
 - D. cavități izolate sau confluențe
 - E. colorație maronie extinsă cu aspect tigrat
- B,D,E 382

100. Fluoroza foarte ușoară se caracterizează prin:

- A. transluciditatea smalțului ușor modificată
 - B. zone opace, cretoase alb/galbene, neregulate
 - C. acoperă aproximativ 10-25% din suprafața (1/3 din suprafața vestibulară)
 - D. la nivelul marginilor incizale ale incisivilor și vârfulor cuspidiene ale caninilor pot prezenta un lizereu albicios de 1-2 mm
 - E. opacifiere mai mult de 50% din suprafața totală a smalțului
- B,C,D 382



101. *Doza prag pentru dezvoltarea fluoroziei ușoare este
- 40 micrograme F/ kg/ zi
 - 40-100 micrograme F/kg/zi
 - 5 micrograme F/kg
 - 15 mg F/kg
 - 40-100 mg F/kg
- B 382
102. *În tehnica Fones:
- mânerul periutei este paralel cu planul de ocluzie
 - pentru periajul suprafețelor ocluzale, mișcările periutei vor fi vestibulo-orale
 - periuța este așezată în unghi de 45 grade față de axul lung al dinților
 - perii periutei sunt forțați ușor în sulcusul gingival
 - perii periutei sunt forțați ușor în zona interproximală
- A 380
103. Tratamentele cu clorhexidină:
- pot fi efectuate profesional în cabinetul stomatologic
 - se folosește gel de clorhexidină 1% aplicat în gutiere, personalizate, 3x5 minute timp de 2 zile consecutive
 - la domiciliu, este preferată o aplicare o aplicare de 5 minute, o dată pe zi, timp de 14 zile
 - clătirile orale sunt recomandate copiilor cu vârsta mai mică de 6 ani
 - periajul trebuie efectuat imediat după aplicarea clorhexidinei
- A,B,C 381
104. Nivelurile principale în aplicarea măsurilor de prevenire a apariției afecțiunilor orale sunt:
- prevenția timpurie
 - prevenția terțiară
 - prevenția secundară
 - prevenția tardivă
 - prevenția primară
- B,C,E 378
105. Prevenția primară include:
- măsuri de ortodonție interceptivă
 - detectarea leziunilor carioase incipiente
 - promovarea stării de sănătate orală
 - măsuri de prevenție specifice
 - aplicarea restaurărilor preventive cu rășini
- C,D 378



106. După școala românească de stomatologie pediatrică, măsurile impuse în cadrul prevenției primare sunt:

- A. igiena orală
- B. fluorizarea
- C. tratarea leziunilor carioase incipiente
- D. sigilarile șanțurilor și fosetelor
- E. igiena nutrițională

A,B,D,E 378

107. *Prevenția secundară este definită ca:

- A. măsurile preventive luate înainte de debutul unei boli
- B. acțiunea ce oprește progresul unei boli în stadiul avansat și previne apariția complicațiilor
- C. controlul periodic la medical stomatolog
- D. acțiunea ce oprește progresul unei boli în stadiul incipient și previne apariția complicațiilor
- E. toate măsurile disponibile pentru reducerea sau limitarea tulburărilor deja instalate

D 378

108. Măsuri specific preventive secundare sunt:

- A. examenele clinice periodice asociate cu examinarea radiologică
- B. ortodonția interceptivă, inclusiv interceptia obiceiurilor vicioase
- C. monitorizarea anomaliilor de dezvoltare dentară
- D. fluorizarea dentară
- E. tratamentul tardiv al cariilor incipiente

A,B,C 379

109. Măsurile specifice prevenției terțiare sunt considerate:

- A. controlul periodic la medicul stomatolog
- B. restaurările și extracțiile dentare
- C. înlocuirea structurilor dentare pierdute prin lucrări protetice
- D. terapia endodontică
- E. coafajul pulpar

B,C,D,E 379

110. Conceptele stomatologiei preventive urmăresc:

- A. tratamentul prompt al cariilor incipiente
- B. evaluarea riscului carios
- C. îngrijirea la domiciliu
- D. îngrijirea profesională
- E. ortodonția interceptivă

B,C,D 379



111. Evaluarea riscului carios :

- A. determină riscul relativ al pacientului de a dezvolta leziuni carioase
- B. reflectă calitatea igienei orale
- C. constituie elementul cheie în prevenirea oricăror afecțiuni
- D. trebuie repetată la intervale regulate
- E. se evaluează la interval de 2 ani

A,C,D 379

112. În dentiția primară și dentiția mixtă cele mai eficiente măsuri pentru igienizarea cavității orale sunt considerate:

- A. periuța de dinți cu peri medii
- B. periuța de dinți cu peri moi
- C. periuța de dimensiune adecvată
- D. pasta de dinți cu fluor
- E. pasta de dinți fără fluor

B,C,D 380

113. Cele mai recomandate tehnici de periaj la copii sunt:

- A. tehnica vertical-orizontală
- B. scrub-brush
- C. tehnica de periaj vertical
- D. tehnica Fones
- E. tehnica Bass

D,E 380

114. *Clorhexidina nu este recomandată la copii cu vârsta de:

- A. nu este recomandată clorhexidina la copii
- B. vârsta mai mare de 6 ani
- C. vârsta mai mică de 5 ani
- D. vârsta mai mică de 4 ani
- E. vârsta mai mică de 6 ani

E 381

115. Forma de fluoroză foarte ușoară din clasificarea lui Dean se caracterizează prin:

- A. zone neregulate care acoperă aproximativ 10-15% din suprafață
- B. zone cretoase alb/galbene sau alb hârtie
- C. zone opace
- D. zone neregulate care acopera aproximativ 10-25% din suprafață
- E. zone rozalii, neregulate de dimensiune circumferențiară

B,C,D 382



116. Stadiul II al dezvoltării dinților temporari :
- A. dintele prezintă mineralizare postnatală inferioară
 - B. rădăcinile sunt gracile
 - C. rădăcinile sunt convergente
 - D. canalele radiculare sunt mai înguste
 - E. comunicarea pulpo-parodontală se realizează prin numeroase canale accesorii, atât radicular cât și la nivelul planșeului camerei pulpare
- A,B,D,E 388
117. Stadiul III al dezvoltării dinților temporari :
- A. se mai numește dinte temporar matur
 - B. există multiple canale de comunicare cu spațiul parodontal, chiar la nivelul furcației, ceea ce determină o osteoliză difuză
 - C. pulpa suferă un proces de involuție
 - D. rizaliza începe în jurul vârstei de 4-5 ani pentru incisivii temporari
 - E. rizaliza începe în jurul vârstei de 6-7 ani pentru caninii temporari
- B,C,D 388
118. Următoarele afirmații despre particularitățile morfologice și structurale ale dinților temporari în relație cu leziunile odontale sunt adevărate:
- a. evoluția cariei dentare este rapidă
 - b. expunerea la deschiderea accidentală a camerei pulpare
 - c. inervația este mai puternică în comparație cu cea a dinților permanenți
 - d. capacitate reparatorie crescută a pulpei dentare
 - e. parodontiul marginal are o zonă papilară bine reprezentată
- A,B,E 388
119. Clasificarea cariei dinților temporari, în funcție de țesuturile afectate, este împărțită în:
- a. carie superficială: interesează smalțul până la limita amelo-dentinară
 - b. caria simplă- este caria care a afectat doar smalțul dentar și într-o anumită proporție dentină
 - c. caria acută- evoluție rapidă spre profunzime
 - d. caria complicată- este caria care a afectat smalțul și extensiv dentină
 - e. caria profundă- procesul carios interesează și dentina
- B,D 389
120. Clasificarea morfologică și topografică (după Black) a cariei simple a dinților temporari, împarte cavitățile în diferite clase:
- a. clasa I - suprafața ocluzală a molarilor și premolarilor
 - b. clasa II - suprafețele proximale ale molarilor și premolarilor
 - c. clasa III - suprafețele proximale ale incisivilor și caninilor, fără interesarea unghiului incizal



d. clasa III - suprafețele proximale ale incisivilor și caninilor, cu interesarea unghiului incizal

e. clasa IV - suprafețele proximale ale incisivilor și caninilor, cu interesarea unghiului incizal

C,E 389

121. Clasificarea cariei dinților temporari, în funcție de profunzimea leziunii, se împarte în:

- a. carie profundă
- b. carie simplă
- c. carie superficială
- d. carie cronică
- e. carie oprită în evoluție

A,C 389

122. Următoarele afirmații despre caria acută a dinților temporari sunt adevărate:

- a. prezintă o evoluție rapidă spre profunzime
- b. se depune o cantitate mare de dentină de reacție
- c. prezintă o deschidere mai mare în suprafață și mai redusă în profunzime
- d. în 7 luni, poate deveni penetrantă
- e. procesele de remineralizare le înlocuiesc pe cele de demineralizare

A, 389

123. Caria cronică a dinților temporari prezintă următoarele caracteristici:

- a. evoluție rapidă, aproximativ 1-2 ani de la debut, până la deschiderea camerei pulpare
- b. posibilitate scăzută de a depune dentină de reacție
- c. dentina afectată de pe peretele pulpar este dură
- d. la origine, această carie a fost acută
- e. procesele de remineralizare le înlocuiesc pe cele de demineralizare

C 389

124. Realizarea cavitațiilor de clasa I conservatoare în smalț și limitat în dentină este indicată la dinții permanenți imaturi în următoarele situații:

- A. carii ocluzale cavitate în smalț și dentină cu extindere în suprafață medie sau mare
- B. carii ocluzale extinse care implică mai multe zone ale sistemului fisural ocluzal
- C. marmorații ocluzale suspecte de a ascunde carii în dentină
- D. carii în zonele de încărcare ocluzală mare
- E. pacienți cu risc mare la carie

C,E 410



125. Examenul subiectiv al pulpitei acute seroase totale la dinții permanenți imaturi relevă durere:

- A. spontană
 - B. exacerbată la rece
 - C. parțial calmată la rece
 - D. iradiată în hemicraniu
 - E. care cedează la antialgicele obișnuite
- A,B,D 417

126. Caria cavitară a smalțului dinților permanenți imaturi se prezintă la examenul clinic astfel:

- A. examenul subiectiv relevă de regulă absența durerii
 - B. la inspecție poate fi depistată lipsa de substanță dură dentară și modificarea de culoare a smalțului adiacent
 - C. palparea cu sonda poate declanșa o durere vie
 - D. palparea cu sonda relevă cantitatea și cantitatea dentinei alterate
 - E. percuția în ax este negativă
- A,B,E 408

127. Etapele tratamentului de apexificare sunt:

- A. pulpectomia vitală parțială
 - B. revascularizarea canalului radicular
 - C. onturarea provizorie a canalului radicular cu un material bioactiv
 - D. obturarea definitivă a canalului radicular cu un material resorbabil
 - E. obturarea definitivă a canalului radicular cu pastă și conuri de gutapercă
- C,E 425

128. La dinții permanenți imaturi, restaurarea cavității de clasa a II-a tip casetă preparată prin tehnică minim-invazivă se face prin:

- A. tratamentul plăgii dentinare + obturație laminată
 - B. tratamentul plăgii dentinare + obturație bază CIS + obturație compozit/compomer
 - C. tratamentul plăgii dentinare + obturație CIS
 - D. tratamentul plăgii dentinare + obturație compozit
 - E. tratamentul plăgii dentinare + obturație compomer
- C,D,E 415

129. Dinții permanenți imaturi au următoarele particularități morfologice:

- A. morfologie ocluzală rententivă
 - B. defecte de structură ale dentinei, frecvente la nivelul molarilor
 - C. defecte de coalescență, frecvente la nivelul molarilor și premolarilor
 - D. cameră pulpară mare
 - E. coarne pulpare mai apropiate de suprafață comparativ cu dinții permanenți maturi
- A,C,D,E 406



130. Prepararea cavităților la dinții permanenți imaturi prin tehnica ART presupune:
- A. preparare prin tehnică minim-invazivă
 - B. extensie preventivă pentru sigilare
 - C. tratament restaurativ atraumatic
 - D. preparare cu instrumentar manual
 - E. preparare cu piesă cot la turație joasă
- C,D 414
131. Tratamentele care stimulează apexogeneza la dinții permanenți imaturi sunt:
- A. coafajele pulpare
 - B. pulpotomia vitală parțială
 - C. pulpotomia vitală totală
 - D. pulpectomia vitală parțială
 - E. pulpectomia vitală totală
- A,B,C,D 420
132. Palparea cu sonda a pulpei dinților permanenți imaturi inflamate cronic relevă:
- A. eliminarea puroiului
 - B. absența sângerării
 - C. sîngerare abundentă
 - D. o oarecare sensibilitate
 - E. durere intensă
- C,D 418
133. La erupție, dinții permanenți imaturi au următoarele particularități structurale:
- A. smalțul este imatur
 - B. smalțul este porros
 - C. dentina are o structură minerală deficitară
 - D. dentina prezintă canalicule dentinare largi
 - E. pulpa are o mare putere de apărare
- A,B,D,E 406
134. În cazul pulpitelor purulente parțiale ale dinților permanenți imaturi, se efectuează următoarele examene complementare:
- A. teste de vitalitate
 - B. radiografia
 - C. forajul explorator
 - D. transiluminarea
 - E. percuția în ax
- A,B,C 417



135. La examenul subiectiv al pupitei acute purulente parțiale a dinților permanenți imaturi se constată:

- A. durere nocturnă cu caracter lancinant
- B. durere exacerbată la cald
- C. durere calmată la administrarea de antialgice
- D. durere cu caracter pulsatil, sincronă cu pulsul
- E. durere intensă, iradiată în hemicraniu

B,D 417

136. *Caracteristicile afectării prin carie în cazul dinților permanenți imaturi sunt următoarele:

- A. există diferențe ale gradului de vulnerabilitate între cele două sexe, la grupa de vârstă 13-15 ani băieții având mai multe leziuni carioase decât fetele
- B. nu există diferențe ale gradului de vulnerabilitate între grupele dentare
- C. interesarea celor două arcade se face diferit, la vârste mici dinții mandibulari fiind mai grav afectați
- D. interesarea celor două arcade se face diferit, la vârste mici dinții maxilari fiind mai grav afectați
- E. răspândirea cariei se face asimetric, afectarea inițială interesând fețele vestibulare ale incisivilor superior în zona de colet

C 406

137. Formele clinice de carie simplă la dinții permanenți imaturi se clasifică după profunzime în:

- A. carie incipientă (doar în smalț)
- B. carie superficială (în smalț și maxim 0,5mm în dentină)
- C. carie medie (până la 0,5 mm peste joncțiunea smalț-dentină)
- D. carie avansată (între 0,5 mm peste joncțiunea smalț-dentină și 0,5 mm de pulpă)
- E. carie profundă (distanța până la pulpă este sub 0,5mm)

B,E 407

138. În stadiu endoosos, gangrena complicată cu parodontită apicală acută, la dinții permanenți imaturi se manifestă prin:

- A. durere intensă, lancinantă
- B. senzația de egresiune a dintelui
- C. mobilitate crescută a dintelui în cauză
- D. cameră pulpară închisă
- E. percuție în ax pozitivă

B,C,E 419



139. Elementele de diagnostic pozitiv al cariei incipiente a smalțului dinților permanenți imaturi de pe suprafețele netede sunt:
- A. modificare de culoare a smalțului, localizată cel mai frecvent la nivelul treimii medii a dintelui
 - B. când la baza șanțului apar modificări, caria a penetrat dentina
 - C. smalțul rugos la palparea denotă o carie incipientă activă
 - D. percuția în axul dintelui este negativă
 - E. radiografia nu este utilă în acest tip de carie
- C,D 407
140. *Examenul subiectiv al gangrenei pulpare simple a dinților permanenți imaturi relevă următorul simptom:
- A. lipsa durerii specifice
 - B. durere exacerbată la masticăție
 - C. durere pulsatilă
 - D. durere lancinantă care cedează la antialgice
 - E. durere iradiantă în hemicraniu
- A 419
141. Diagnosticul diferențial al cariei simple a dinților permanenți imaturi se face cu:
- A. caria complicată
 - B. fracturile coronare nepenetrante
 - C. uzura dentară
 - D. hipoplazia smalțului
 - E. discromia localizată
- A,B,C,D 408
142. Următoarele afirmații referitoare la terapia endodontică de revascularizare la dinții permanenți nu sunt adevărate:
- A. determină îngroșarea pereților radiculari
 - B. are risc crescut de complicații comparativ cu metoda chirurgicală
 - C. este o metodă relativ ieftină
 - D. este o procedură invazivă
 - E. se realizează într-o singură ședință de tratament
- B,C,D 426
143. Examenul clinic obiectiv al cariei avansate în dentină a dinților permanenți imaturi relevă:
- A. durere provocată de agenți fizici și chimici, care încetează odată cu îndepărtarea excitantului
 - B. testele de vitalitate dau răspunsuri eronate la copii
 - C. modificare de culoare a dintelui la nivelul șanțurilor și fosetelor ocluzale
 - D. modificare de culoare a dintelui în dreptul crestei marginale
 - E. sângerare la nivelul papilelor dentare



C,D,E, 408

144. În cazul pulpitelor cronice deschise ale dinților permanenți imaturi, la inspecție se observă:

- A. modificări de culoare a smalțului
- B. carii cu evoluție cronică
- C. obturații voluminoase
- D. polipi pulpari care umplu cavitatea carioasă
- E. zone largi de pulpă expusă care prezintă ulcerații sângerânde în zonele profunde ale cavității carioase

B,C,D,E 418

145. Obiectivele apexificării la dinții permanenți imaturi sunt:

- A. închiderea apexului, evaluată clinic
- B. prevenirea apariției complicațiilor periapicale
- C. prevenirea apariției resorbției coronare de subminare
- D. prevenirea apariției resorbției radiculare
- E. prevenirea formării unei bariere apicale dure care să împiedice dezvoltarea radiculară

B,D 424

146. *Cavitatea clasa I modificată la dinții permanenți imaturi este indicată în:

- A. marmorații ocluzale
- B. carii cavitare cu extindere minimă în smalț
- C. carii cavitare cu extindere în smalț și limitată în dentină
- D. carie cu extindere laterală mare în dentină de-a lungul joncțiunii smalț-dentină
- E. cavitatea nu intră în contact extins cu antagonistul

D 412

147. Următoarele afirmații referitoare la coafajul natural sunt false:

- A. este o metodă de tratament a plăgii dentinare, de protecție și de tratament pulpar
- B. peretele dentinar profund trebuie să fie dur, normal colorat sau ușor pigmentat, întrerupt în dreptul unui corn pulpar de o deschidere punctiformă a camerei pulpare
- C. peretele dentinar profund trebuie să fie dur, normal colorat sau ușor pigmentat, întrerupt în dreptul unui corn pulpar de o cantitate mică de dentină alterată, care, dacă s-ar îndepărta, s-ar deschide camera pulpară
- D. peretele dentinar se acoperă cu hidroxid de calciu cu iodoform pentru controlul microbian al dentinei alterate restante
- E. după minim 6-8 zile, se reintervine și se îndepărtează dentina alterată restantă în una sau mai multe ședințe de tratament (tehnica excavațiilor succesive)

B,D,E 421



148. Pulpectomia non-vitală a dinților permanenți imaturi (DPI) are următoarele indicații:

- A. copii sau adolescenți necooperanți de orice vârstă, cu sau fără dizabilități
 - B. pacienți cu teren alergic sau alergii la substanțele anestezice
 - C. pacienți care pot veni la ședințe succesive de tratament
 - D. DPI cu leziuni carioase simple profunde sau complicate la pacienți necooperanți
 - E. DPI cu necroză sau gangrenă pulpară
- C,E 424

149. *Medicația de elecție în realizarea coafajului natural este:

- A. Biodentine
 - B. MTA
 - C. eugenatul de zinc
 - D. cimentul ionomer de sticlă
 - E. hidroxidul de calciu
- E 421

150. Examele complementare în parodontita apicală cronică la dinții permanenți imaturi relevă:

- A. teste de vitalitate – hipoexcitabilitate
 - B. teste de vitalitate – negative
 - C. radiografia – zonă de osteită periapicală
 - D. percuția în ax – intens pozitivă
 - E. forajul explorator – sângerare roșu închis abundentă și sensibilitate redusă
- B,C 419

151. Examenul subiectiv la pulpitele ireversibile cronice ale dinților permanenți imaturi relevă:

- A. dureri surde sub obturații întinse în suprafață
 - B. dureri de intensitate mare spontane, exacerbate de masticatie
 - C. dureri provocate/ exacerbate de masticatie
 - D. dureri care se repetă odată cu repetarea stimulului
 - E. uneori lipsa durerii specifice
- A,C,D,E 418

2267. Caracteristicile cavității de clasa I conservatoare în smalț și limitat în dentină, la dinții permanenți imaturi, sunt:

- A. minim-invazivă, autoretenitivă, cu pereți laterali divergenți spre ocluzal
 - B. de formă rotundă-ovalară
 - C. cu lățime de 2-3 mm
 - D. cu adâncime ce nu depășește joncțiunea smalț-dentină
 - E. cu unghiuri dentinare interne rotunjite
- B,E 410



152. În gangrena pulpară simplă a dinților permanenți imaturi, forajul explorator relevă:
- A. lipsa sensibilității
 - B. absența sângerării în camera pulpară
 - C. sângerare roșu-închis abundentă
 - D. eliminarea puroiului
 - E. se evită realizarea acestei manopere întrucât produce durere intensă
- A,B 419
153. Extensia preventivă la cavitățile preparate prin tehnica clasică modificată, la dinții permanenți imaturi, presupune:
- A. la cavitățile de clasa I și a II-a pereții laterali trebuie să aibă o grosime suficientă pentru a evita fracturarea lor
 - B. la cavitățile de clasa I marginile cavității trebuie să fie aduse pe pantele cuspidiene
 - C. la cavitățile de clasa a II-a pereții laterali verticali se scot în afara punctului de contact cu dintele vecin
 - D. la cavitățile de clasa a III-a, a IV-a și a V-a pereții laterali trebuie să aibă o grosime suficientă pentru a rezista la gravajul acid
 - E. la cavitățile de clasa a III-a, a IV-a și a V-a se îndepărtează smalțul colorat marginal, în scop estetic
- B,C,E 412
154. Istmul din cavitatea de clasa a II-a modificată, la dinții permanenți imaturi, are următoarele particularități:
- A. rotunjit
 - B. lățime – 1/4 - 1/3 din lățimea bicuspidiană vestibulo-orală
 - C. lățime – 1/2 din lățimea bicuspidiană vestibulo-orală
 - D. adâncime – sub joncțiunea smalț-dentină
 - E. adâncime – deasupra joncțiunii smalț-dentină
- A,B,D 413
155. În tratamentul chirurgical al cariei simple a dinților permanenți imaturi se utilizează următoarele tehnici de preparare a cavității:
- A. tehnica clasică Black
 - B. tehnica clasică modificată
 - C. tehnica ART
 - D. tehnica minim-invazivă
 - E. tehnica non-invazivă
- B,C,D 409
156. La examenul obiectiv al pulpitelor reversibile ale dinților permanenți imaturi se observă:
- A. la inspecție: modificări de culoare ale dintelui localizate în șanțuri și fosete, sau în dreptul crestei marginale
 - B. la inspecție: camera pulpară poate avea o deschidere punctiformă, nu mai mare de 3mm



- C. la palpare: hiperestezie dentinară pe pereții laterali
 - D. la percuție în ax: răspuns negativ
 - E. la forajul explorator: durere vie, care cedează odată cu încetarea stimulului
- A,C,D 416

157. În gangrena pulpară simplă a dinților permanenți imaturi, palparea cu sonda relevă:

- A. cameră pulpară deschisă
 - B. cameră pulpară închisă
 - C. pulpă de culoare gri
 - D. pulpă cu consistență moale și miros fetid
 - E. pulpă cu consistență moale, fără miros fetid
- A,C,D 419

158. Tratamentul restaurator al cavitații de clasa I ultraconservatoare, la dinții permanenți imaturi, constă în:

- A. obturație preventivă cu rășină tipul 1
 - B. obturație preventivă cu rășină tipul 2
 - C. sigilare lărgită
 - D. se obturează cavitatea cu compozit flow și se siglează obturația și șanțurile și fosetele nepreparate cu același compozit
 - E. se aplică un liner/varnish/bonding, apoi se obturează cavitatea cu compozit flow și se siglează obturația și șanțurile și fosetele nepreparate cu compozit de sigilare
- A,C 414

159. Elementele de diagnostic pozitiv al cariei incipiente a smalțului dinților permanenți imaturi de pe suprafețele accidentate (ocluzale) sunt:

- A. șanțul apare nemodificat, dar versanții șanțului apar demineralizați
 - B. când la baza șanțului apar modificări, caria a penetrat dentina
 - C. poate fi pusă în evidență prin transiluminare
 - D. este recomandată palparea șanțurilor ocluzale cu o sondă ascuțită
 - E. se poate face enameloplastie în scop diagnostic
- A,B,E 407

160. În tratamentul cariei simple a dinților permanenți imaturi, conturul extern al cavitații de clasa a III-a clasică modificată este:

- A. ovalar
 - B. triunghiular
 - C. sferic
 - D. reniform
 - E. în formă de S
- A,B,C 413



161. Succesul pulpotomiei vitale totale a dinților permanenți imaturi este marcat de:
- A. absența simptomatologiei
 - B. formarea unei punți dentinare
 - C. continuarea creșterii rădăcinii și edificarea zonei apicale (apexificare)
 - D. lipsa patologiei interradiculare
 - E. lipsa patologiei periapicale
- A,B,D,E 423
162. Palparea cu sonda a pulpei dinților permanenți imaturi inflamate cronic relevă:
- A. cameră pulpară închisă
 - B. cameră pulpară închisă
 - C. sîngerare abundentă
 - D. durere intensă
 - E. eliminarea puroiului
- A,B,C 418
163. *Pulpa dinților permanenți imaturi are următoarele caracteristici:
- A. are un prag dureros scăzut
 - B. conține numeroase celule nediferențiate
 - C. substanța fundamentală este insuficient hidratată
 - D. zona subodontoblastică Weil este slab vascularizată
 - E. presiunea intrapulpară este inconstantă
- B 415
164. Apexificarea cu hidroxid de calciu la dinții permanenți imaturi:
- A. este metoda cea mai frecvent utilizată pentru conformarea porțiunii apicale
 - B. stimulează creșterea rădăcinii și închiderea apexului
 - C. induce rapid formarea unei bariere apicale
 - D. este o metodă relativ ieftină
 - E. se realizează în două ședințe de tratament
- A,D 425
165. Tratamentul cariei simple a dinților permanenți imaturi trebuie să țină cont de următoarele particularități morfo-structurale ale acestor dinți:
- A. smalț și dentină poroase, imature
 - B. canalicule dentinare înguste
 - C. cameră pulpară mare
 - D. rădăcini complet formate
 - E. capacitate mare de apărare a pulpei
- A,C,E 409



166. Căria complicată a dinților permanenți imaturi poate avea următorii factori etiologici:

- A. traumatism
 - B. iatrogenie
 - C. forțe ortodontice
 - D. boală parodontală
 - E. hipoplazii de smalț
- A,B,C,D 416

167. Testele de vitalitate termice în cazul pulpitelor reversibile la dinții permanenți imaturi:

- A. sunt întotdeauna negative
 - B. sunt intens pozitive la rece și negative la cald
 - C. pot releva un prag al excitabilității pulpare ușor crescut
 - D. la copii oferă informații incerte, eronate și de aceea se folosesc rar
 - E. trebuie evitate pentru că prin durerea provocată pot genera un comportament negativ al pacientului copil
- C,D 416

168. În tratamentul cariei simple a dinților permanenți imaturi, porțiunea orizontală din cavitatea de clasa a II-a clasică modificată prezintă următoarele particularități:

- A. se poate reduce în suprafață, mai ales în lățime
 - B. pereții laterali vor fi convergenți spre ocluzal
 - C. pereții laterali vor fi paraleli între ei, nu convergenți spre ocluzal, pentru a nu submina crestele marginale
 - D. adâncimea sa este de 0,5mm sub joncțiunea smalț-dentină
 - E. particular, poate avea formă de coadă de rândunică
- A,B,D 413

169. *Tratamentul plăgii dentinare are următoarele obiective, cu excepția:

- A. protecția fizică, chimică, mecanică și biologică
 - B. sigilarea canaliculelor dentinare expuse prin prepararea cavității
 - C. efect antibacterian
 - D. neodentinogeneză
 - E. apexogeneză
- E 414

170. La dinții permanenți imaturi, în cadrul examenului subiectiv al pulpitei acute seroase totale se observă:

- A. dureri spontane, nocturne
- B. dureri intense, iradiante
- C. dureri exacerbate la rece sau dulce
- D. dureri exacerbate la cald
- E. dureri parțial calmate la cald



A,C,E 417

171. *Apexificarea cu MTA la dinții permanenți imaturi:

- A. este metoda cea mai frecvent utilizată pentru conformarea porțiunii apicale
- B. induce depunerea lentă a unei bariere apicale
- C. se realizează într-o singură ședință
- D. este o metodă relativ simplă și ieftină
- E. se poate asocia cu un risc crescut de fracturi radiculare

E 426

172. În tratamentul cariei simple a dinților permanenți imaturi, accesul pentru cavitatea de tip tunel se face dinspre:

- A. ocluzal
- B. foseta ocluzală proximală aferentă procesului carios
- C. proximal
- D. vestibular
- E. oral

A,B 411

173. Succesul coafajului indirect ca metodă de tratament pentru plăga dentinară a dinților permanenți imaturi este marcat de:

- A. păstrarea vitalității pulpare
- B. posibilitatea utilizării dintelui în masticăție
- C. absența simptomelor clinice și a semnelor radiologice de patologie periapicală
- D. depunerea de dentină de reparație vizibilă radiografic după 6-8 luni
- E. depunerea de dentină secundară vizibilă radiografic după 6-8 săptămâni

A,B,C 420

174. Revascularizarea dinților permanenți imaturi presupune:

- A. efectuarea unei pulpotomii non-vitale
- B. dezinfecția canalului prin irigații antiseptice
- C. prepararea chemo-mecanică a canalului radicular
- D. iritarea mecanică a apexului pentru a iniția sângerare
- E. aplicarea unei paste de 3 antibiotice peste cheag și sigilarea etanșă a accesului coronar

B,D 426

175. În cariile profunde ale dinților permanenți imaturi, toaleta cavității se face cu:

- A. ser fiziologic
- B. apă oxigenată
- C. apă distilată
- D. alcool
- E. cloramină

A,C 414



176. Materialele de elecție realizarea tratamentului de apexificare la dinții permanenți imaturi sunt:
- A. hidroxidul de calciu pur
 - B. hidroxidul de calciu în amestec cu acetat de metacresil
 - C. MTA
 - D. pasta de antibiotice
 - E. endometazona
- A,B,C,D 425
177. Despre pulpectomia nonvitală la dinții permanenți imaturi sunt false următoarele afirmații:
- A. tehnica presupune evacuarea întregului conținut pulpar mortificat și infectat
 - B. tehnica presupune sterilizarea spațiului endodontic
 - C. nu se face instrumentarea mecanică a canalelor
 - D. poate fi urmată de apexogeneză
 - E. pote fi urmată de revascularizare
- A,B,E 424
178. Formele clinice de carie simplă la dinții permanenți imaturi se clasifică după lipsa de substanță în:
- A. superficiale
 - B. medii
 - C. profunde
 - D. cavitare
 - E. necavitare
- D,E 407
179. În tratamentul cariei simple a dinților permanenți imaturi, cavitatea de clasa a II-a tip șanț presupune:
- A. forma cavității este de șanț
 - B. forma cavității este de deget de mână
 - C. accesul se face dinspre proximal
 - D. accesul se face dinspre vestibular/oral
 - E. accesul se face cu freze globulare mari la turație joasă
- A,B,D 411
180. Succesul pulpectomiei non-vitale a dinților permanenți imaturi este marcat de:
- A. producerea apexificării
 - B. absența simptomatologiei clinice
 - C. lipsa semnelor radiologice de calcificare intrapulpară
 - D. lipsa semnelor radiologice de parodontită apicală
 - E. absența complicațiilor periapicale (abces/celulită/fistulă)
- B,D,E 424



181. *Pulpa dinților permanenți imaturi conține:
- A. numeroase celule nediferențiate cu capacitate redusă de transformare în celule diferențiate
 - B. fibroblaști și cementoblaști cu rol în apărare și reparație
 - C. numeroase fibre de colagen
 - D. puține fibre de colagen
 - E. numeroase celule inflamatorii
- D 415
182. La dinții permanenți imaturi, restaurarea cavității de clasa a II-a tip tunel se face prin:
- A. tratamentul plăgii dentinare + obturație bază CIS + obturație compozit
 - B. tratamentul plăgii dentinare + obturație laminată
 - C. tratamentul plăgii dentinare + obturație compozit
 - D. tratamentul plăgii dentinare + obturație CIS condensabil
 - E. obturație preventivă cu rășină tip 3
- A,B 415
183. În cazul dinților permanenți imaturi, la prepararea cavităților în tehnica clasică modificată, finisarea constă în:
- A. rotunjirea unghiurilor externe
 - B. rotunjirea unghiurilor interne
 - C. netezirea marginilor anfractuose de smalț
 - D. la cavitățile de clasa I și a II-a se recomandă bizotarea marginilor neregulate de smalț
 - E. la cavitățile de clasa I și a II-a unghiul cavo-suprafață de 90° asigură rezistență atât cavității, cât și obturației
- A,C,D 412
184. Realizarea cavităților de clasa I conservatoare în smalț și extins în dentină la dinții permanenți imaturi este contraindicată în următoarele situații:
- A. carii ocluzale cavitate în smalț și dentină cu extindere în suprafață mare/medie
 - B. marmorății ocluzale suspecte de a ascunde carii în dentină
 - C. carii ocluzale extinse care implică mai multe zone ale sistemului fisural ocluzal
 - D. carii ocluzale în zone cu încărcare ocluzală mare
 - E. pacienți cu risc mediu/mare la carie
- C,D 410
185. Sunt false următoarele afirmații referitoare la probele terapeutice pentru dinții permanenți imaturi cu pulpită reversibilă:
- A. sunt indicate
 - B. sunt contraindicate
 - C. constau în foraj explorator
 - D. constau în aplicarea unui pansament calmant
 - E. constau în obturarea provizorie a cavității cu un biomaterial până la calmarea durerilor
- A,C,D,E 416



186. Etapele operatorii ale pulpotomiei vitale totale la dinții permanenți imaturi sunt:
- A. se efectuează anestezie plexală fără vasoconstrictor
 - B. se realizează excizia pulpei corono-radiculare cu excavatorul sau cu o freză diamantată sferică mare
 - C. se realizează toaleta și hemostaza prin irigarea plăgii pulpare cu ser fiziologic
 - D. se așteaptă oprirea hemoragiei pulpare cca 5-10 minute
 - E. pe podeaua camerei pulpare se aplică CIS și o obturație provizorie etanșă
- A,C 423

187. *Referitor la tehnica de pulpotomie vitală Cvek efectuată la dinți permanenți imaturi:
- a. unii autori recomandă această tehnică atunci când timpul scurs de la traumatism până la inițierea tratamentului este mai mic de 6 ore și mărimea expunerii este de 2-3mm
 - b. alți autori consideră că indiferent de vechimea traumatismului și mărimea deschiderii camerei pulpare, această tehnică se poate aplica dacă după îndepărtarea țesutului inflammat se obține hemostaza în maxim 5 minute
 - c. este indicată la dinții cu deschidere pulpară traumatică (fractură coronară nepenetrantă) asociată cu o inflamație cronică a pulpei corono-radiculare
 - d. se aplică în cazul dinților vitali cu deschidere pulpară carioasă de 1-2 mm și în care sângerarea pulpară poate fi controlată în 1-2 minute
 - e. se aplică în cazul dinților cu deschidere accidentală a camerei pulpare de 2-3 mm și cu hemoragie rapid controlată (3-5 minute) cu mijloace obișnuite de hemostază
- D 422

188. *La dinții permanenți imaturi, restaurarea cavității de clasa a II-a tip șanț se face prin:
- a. tratamentul plăgii dentinare + obturație bază CIS + obturație compozit
 - b. tratamentul plăgii dentinare + obturație laminată
 - c. tratamentul plăgii dentinare + obturație compozit
 - d. tratamentul plăgii dentinare + obturație CIS condensabil
 - e. obturație preventivă cu rășină tip 3
- D 415

189. La dinții permanenți imaturi, durerea în cazul gangrei complicate cu parodontită apicală acută în stadiul endodosos este:
- a. de intensitate mare
 - b. de intensitate mai mică
 - c. spontană
 - d. provocată de stimuli termici și chimici
 - e. exacerbată de masticăție
- A,C,E 419



190. *Apexificarea este:

- a. un proces fiziologic de închidere a apexului
- b. un proces fiziologic de creștere a rădăcinii
- c. o procedură terapeutică de stimulare a creșterii rădăcinii
- d. o procedură terapeutică prin care se stimulează pulpa sănătoasă restantă pentru depunerea unei bariere apicale de dentină, os, cement sau țesut conjunctiv
- e. o procedură terapeutică destinată dinților permanenți imaturi cu necroză sau gangrenă pulpară, când nu mai există resturi pulpare vii apicale

E 420

191. Formele clinice de carie simplă la dinții permanenți imaturi se clasifică după topografie în:

- a. vestibulare
- b. cervicale
- c. atipice
- d. ocluzale
- e. proximale

B,C,D,E 407

192. Indicațiile preparării unei cavități de clasa I ultraconservatoare la dinții permanenți imaturi sunt:

- a. marmorații ocluzale
- b. leziuni ale suprafețelor accidentate și netede suspecte de a ascunde carii dentinare
- c. carii ocluzale minime în smalț
- d. pacienți cu risc mic la carie
- e. pacienți cu risc mare la carie

A,C,E 409

193. Cavitatea de clasa I conservatoare în smalț și extins în dentină la dinții permanenți imaturi:

- a. este o cavitate ocluzală autoretentivă, cu pereții laterali convergenți către ocluzal
- b. are o lățime mică, de 1-2 mm
- c. are o adâncime medie cel mai frecvent
- d. se prepară prin enameloplastie, urmată de exereza dentinei alterate
- e. fiind o cavitate conservatoare realizată prin tehnică minim-invazivă, nu este indicată la pacienții cu risc mare la carie

A,C,D 410

194. Sunt corecte următoarele afirmații referitoare la cavitatea de clasa a V-a clasică modificată, la dinții permanenți imaturi:

- a. conturul extern se realizează în limita exerezei dentinei alterate, rezultând o cavitate cu contur rotund sau triunghiular
- b. pereții laterali convergenți spre exterior asigură rezistența
- c. extensia preventivă se realizează în scop estetic



- d. extensia preventivă nu este necesară la cavitatea de clasa a V-a
 - e. finisarea constă în netezirea marginilor de smalț
- C,E 413

195. În ceea ce privește forma de rezistență la cavitățile preparate prin tehnica clasică modificată, la dinții permanenți imaturi, sunt adevărate următoarele afirmații:
- a. pereții meziali și distali la cavitatea de clasa I trebuie să fie paraleli, între ei, nu convergenți spre ocluzal
 - b. la cavitățile de clasa I și a II-a, pereții laterali trebuie să aibă o grosime de minim 0,5 mm pentru a rezista la gravajul acid
 - c. la cavitatea verticală din cadrul clasei a II-a bolțile cuspidiene cu smalț insuficient susținut de dentină se îndepărtează în totalitate
 - d. unghiul cavo-suprafață de 90° la cavitățile de clasa a III-a și a IV-a asigură rezistență atât cavității, cât și obturației
 - e. cavitatea trebuie să aibă o adâncime minimă de 0,5 mm în dentină
- A,E 412

196. La dinții permanenți imaturi, prepararea cavităților în tehnica clasică modificată se realizează:
- a. pentru leziuni ale suprafețelor accidentate suspecte de a ascunde carii dentinare
 - b. pentru cariile cavitare cu extindere mai mare în dentină
 - c. după principiile lui Black nemodificate
 - d. după principiul economiei de structură dentară
 - e. atraumatic, prin utilizarea exclusivă a instrumentarului manual (daltă de smalț, excavator, lingură Black)
- B,D 411

197. Retenția cavităților preparate prin tehnica clasică modificată, la dinții permanenți imaturi, este asigurată prin:
- a. unghiul cavo-suprafață de 90°
 - b. forma conturului extern
 - c. cavități suplimentare de retenție
 - d. convergența pereților laterali spre ocluzal
 - e. adâncimea minimă de 0,5 mm în dentină
- B,C,D 412

198. *La dinții permanenți imaturi, prepararea cavităților de clasa a IV-a prin tehnica clasică modificată se realizează pentru:
- a. carii cu extindere laterală mare în dentină de-a lungul joncțiunii smalț-dentină
 - b. carii proximale mari cu creastă marginală întreruptă sau subminată la dinții laterali
 - c. carii proximale cu păstrarea integrității unghiului incizal la dinții frontali
 - d. carii proximale fără păstrarea integrității unghiului incizal la dinții frontali
 - e. carii de colet la dinții frontali
- D 413



199. *Prepararea unei cavități de clasa I conservatoare în smalț și limitat în dentină este indicată la dinții permanenți imaturi în una din următoarele situații:

- a. marmorații ocluzale suspecte de a ascunde carii în dentină
- b. carii ocluzale cavitate în smalț și dentină cu extindere în suprafață medie sau mare
- c. carii ocluzale extinse care implică mai multe zone ale sistemului fisural ocluzal
- d. carii în zonele de încărcare ocluzală mare
- e. carii incipiente pe suprafețele netede

A 410

200. În stadiu exteriorizat (abces), gangrena complicată cu parodontită apicală acută, la dinții permanenți imaturi se manifestă prin:

- a. durere de intensitate foarte mare
- b. durere de intensitate mai mică
- c. senzația de egresiune a dintelui
- d. camera pulpară închisă
- e. camera pulpară deschisă

B,E 419

201. *Coafajul pulpar direct la dinții permanenți imaturi (DPI) se realizează în cazul unei deschideri punctiforme a camerei pulpare de:

- a. sub 1 mm
- b. 1-2 mm
- c. 2-3 mm
- d. 5 mm
- e. nu se realizează la DPI

A 421

202. Traumatismele la nivelul țesuturilor dure se clasifică astfel:

- a. fracturi coronare necomplicate care implică doar smalțul sau smalțul și dentina
- b. fracturi radiculare
- c. subluxația
- d. luxațiile
- e. fracturi dento – alveolare

A,B,E 427

203. Traumatismele la nivelul țesuturilor dure se pot clasifica după următoarele criterii:

- a. fracturi corono – alveolare
- b. fracturi dento – radiculare
- c. fracturi radiculare
- d. fracturi coronare complicate cu deschiderea camerei pulpare
- e. fracturi coronare necomplicate care implică doar smalțul sau smalțul și dentina

C, D, E 427



204. Următoarele afirmații despre traumatismele dento – parodontale ale dinților temporari sunt corecte:

- a. în majoritatea cazurilor, perioada critică în care apar aceste leziuni traumatice, este în jurul vârstei de 4 – 5 ani
- b. raportul dintre băieți și fete este de 1:2
- c. cauzele cele mai des întâlnite sunt căderile spre anterior la vârste mici
- d. dinții implicați cel mai frecvent sunt cei din regiunea incisivă superioară
- e. particularitățile anatomice ale dinților temporari fac să predomine formele clinice de luxații

C, D, E 427

205. *Cauzele traumatismelor dento – parodontale ale dinților temporari sunt:

- a. căderile spre posterior când copilul deprinde primii pași (0 – 5 ani)
- b. accidente de joacă între 0 – 3 ani
- c. cădere spre posterior când copilul deprinde primii pași între 5 – 10 ani
- d. cădere spre anterior când copilul deprinde primii pași între 5 – 10 ani
- e. violența domestică

E 427

206. Traumatismele la nivelul țesutului de susținere de clasifică astfel:

- a. fracturi corono – radiculare
- b. fracturi dento – alveolare
- c. contuzia
- d. subluxația
- e. luxația

C, D, E 427

207. În cazul fracturilor necomplicate smalț – dentină atitudinea terapeutică este:

- a. curățarea dentinei cu ser fiziologic și dezinfectarea cu hipoclorit de sodiu
- b. sigilarea dentinei expuse cu cis
- c. restaurarea finală cu capă și compozit sau cu coronane de zirconiu
- d. control la 6 – 8 luni și la 2 ani
- e. control la 6 – 8 săptămâi și la 1 an.

A, B, C, E 428

208. În fracturile coronare complicate la dinții temporari cu deschiderea pulpară atitudinea terapeutică este:

- a. dacă dintele temporar este în stadiul 2 sau 3 de dezvoltare și fractura este recentă, atunci se recomandă efectuarea unei pulpotomii vitale
- b. diferă în funcție de stadiul de dezvoltare în care este surprins dintele temporar
- c. dacă dintele temporar este în stadiul 1 sau 2 de dezvoltare și fractura este recentă, atunci se recomandă efectuarea unei pulpotomii vitale
- d. dacă dintele este în stadiul 2 și traumatismul este mai vechi se recomandă pulpectomia devitală



e. dacă dintele este în stadiul 3, este indicată extracția dintelui
B, C, D, E 428

209. *Fracturile radiculare la dinții temporari:
a. sunt frecvent întâlnite
b. atitudinea terapeutică nu diferă în funcție de localizarea liniei de fractură
c. linia de fractură are direcție verticală
d. linia de fractură este orizontală sau transversală
e. localizate în treimea apicală au un prognostic prost
D 428

210. În cazul fracturilor radiculare în treimea apicală la dinți temporari:
a. prognosticul este bun
b. rezorbția radiculară este afectată și nu se desfășoară normal
c. necesită control periodic clinic la 2 – 3 luni
d. necesită control periodic clinic la 2 – 3 săptămâni
e. necesită control periodic radiologic la 6 – 8 săptămâni respectiv 1 an.
A, D, E 428

211. Fracturile corono – radiculare la dinți temporari:
a. sunt mai rar întâlnite la dinții temporari decât la cei permanenți
b. frecvent sunt fracture multiple
c. pot implica sau nu țesutul pulpar
d. dacă implicarea radiculară este redusă, atitudinea terapeutică constă în îndepărtarea fragmentului coronar mobil și efectuarea pulpotomiei
e. dacă implicarea radiculară este mai mare se recomandă extracția dintelui.
B, C, D, E 428

212. Atitudinea terapeutică în fracturile dento – alveolare la dinții temporari constă în:
a. re poziționarea dinților împreună cu fragmentul alveolar
b. imobilizare timp de 2 săptămâni cu șină de compozit
c. imobilizare timp de 4 săptămâni cu șină de compozit
d. nu necesită un control periodic
e. dinții foarte mobili se vor îndepărta prin secționarea coroanei la nivelul rebordului alveolar și sutura fragmentului osos vestibular
A, C, E 429

213. *Contuzia la dinții temporari:
a. este localizată la nivelul parodontiului dintelui temporar
b. se observă o deplasare dentară
c. clinic, nu se semnalează nici o sensibilitate
d. există o mobilitate dentară
e. necesită un tratament în mai multe etape
A 429



214. *Următoarele afirmații despre luxația cu extruzie la dinții temporari sunt corecte:
- este consecința unui traumatism cu o intensitate foarte mică
 - dintele traumatizat se deplasează din alveolă în direcția opusă planului de ocluzie
 - apare o infrapozitie dentară
 - imediat după accident apare o sângerare gingivală
 - dintele nu prezintă mobilitate
- D 430

215. Atitudinea terapeutică în luxația cu extruzie la dinții temporari este:
- depinde de gradul de mobilitate dentară
 - dacă dintele este foarte mobil, se va face re poziționarea imediată în anestezie loco – regională prin presiune digitală ușoară și imobilizare timp de 7 – 14 zile în funcție de gradul deplasării
 - dacă dintele nu este foarte mobil, se va face re poziționarea imediată în anestezie loco – regională prin presiune digitală ușoară și imobilizare timp de 7 – 14 săptămâni în funcție de gradul deplasării
 - dacă dintele prezintă mobilitate accentuată, se va extrage
 - asigurarea condițiilor pentru vindecarea ligamentului periodontal necesită repaus alimentar (alimentație moale) timp de 1 săptămână.
- A, D, E 430

216. *Luxația laterală la dinții temporari:
- este traumatismul la care dintele temporar este deplasat spre lateral
 - este traumatismul la care dintele temporar este intrudat
 - este traumatismul la care dintele temporar este extrudat
 - este traumatismul la care dintele temporar pierde contactul cu alveola dentară prin ruperea completă a fibrelor ligamentare
 - este traumatismul la care dintele temporar este deplasat spre vestibular sau spre oral
- E 430

217. Atitudinea terapeutică în luxația laterală la dinții temporari este următoarea:
- dacă mugurele dintelui succesional este afectat, atitudinea terapeutică este de expectativă
 - dacă mugurele dintelui succesional nu este afectat, dintele va fi re poziționat treptat sub acțiunea forței exercitate de către orbicularul buzei
 - dacă mugurele dintelui succesional nu este afectat, dintele va fi re poziționat treptat sub acțiunea forței exercitate de către mușchiul ridicător al buzei
 - dacă mugurele dintelui permanent este afectat, se recomandă extracția
 - depinde de relația dintelui traumatizat cu dintele succesional evaluat radiografic.
- B, D, E, 430



218. Următoarele afirmații sunt corecte:

- a. în cazul luxației orale a unui dinte temporar superior, traumatismul determină deplasarea coroanei spre vestibular și a rădăcinii spre palatinal
- b. în cazul luxației orale a unui dinte temporar superior, este posibilă apariția angrenajului invers
- c. angrenajul invers ce apare ca urmare a luxației orale constituie o trauma ocluzală suplimentară
- d. în cazul luxației orale a unui dinte temporar superior, atitudinea terapeutică recomandată este de re poziționare manuală imediată cu anestezie loco – regional sau topică
- e. în cazul luxației orale sau vestibulare a unui dinte temporar se va efectua un control clinic la 2 – 3 luni, și control radiologic la 6 – 8 luni

B, C, D, 430

219. *Avulsia traumatică este:

- a. este traumatismul la care dintele temporar este deplasat spre lateral
- b. este traumatismul la care dintele temporar este intrudat
- c. este traumatismul la care dintele temporar este extrudat
- d. este traumatismul la care dintele temporar pierde contactul cu alveola dentară prin ruperea completă a fibrelor ligamentare
- e. este traumatismul la care dintele temporar este deplasat spre vestibular sau spre oral

D 430

220. În avulsia traumatică a unui dinte temporar:

- a. tabloul clinic se caracterizează prin absența dintelui temporar de pe arcadă despre care pacientul relatează că era prezent înainte de accident
- b. este necesară realizarea unei examinări radiologice specifice, inclusiv radiografie toracică
- c. se recomandă reimplantarea dentară
- d. restaurarea esteticii în zona frontală afectată se poate realiza cu un dispozitiv mobil tip menținător de spațiu
- e. restaurarea esteticii în zona frontală afectată se poate realiza cu un dispozitiv fix tip menținător de spațiu

A, B, D, E 430

221. *Complicațiile traumatismelor dinților temporari sunt:

- a. hiperemia pulpara care poate să fie numai ireversibilă
- b. hemoragia pulpară ce determină colorația coroanei la 1 -2 zile de la traumatism
- c. metamorfoza calcică cu apariția unui aspect gri – cenușiu a coroanei fără a afecta rizaliza
- d. metamorfoza calcică cu apariția unui aspect gri – cenușiu a coroanei cu afectarea rizalizei
- e. metamorfoza calcică cu apariția unui aspect gălbui a coroanei cu afectarea rizalizei

B 431



222. *Complicațiile traumatismelor dinților temporari sunt:

- a. hemoragia pulpară ce determină colorația coroanei la 1 -2 ore de la traumatism
- b. metamorfoza calcică cu apariția unui aspect gălbui a coroanei cu afectarea rizalizei
- c. necroza pulpară ce determină un aspect gri – cenușiu al coroanei la 3 – 4 luni de la traumatism
- d. anchiloza dentară, consecința fuziunii dintre rădăcină și os ce conduce la o infrapozitie
- e. hiperemia pulpară care este tot timpul ireversibilă

D pagina 431

223. *Complicațiile traumatismelor dinților temporari sunt:

- a. hemoragia pulpară ce determină colorația coroanei la 1 -2 ore de la traumatism
- b. metamorfoza calcică cu apariția unui aspect gălbui a coroanei fără afectarea rizalizei
- c. necroza pulpară ce determină un aspect gri – cenușiu al coroanei la 3 – 4 luni de la traumatism
- d. anchiloza dentară, consecința fuziunii dintre rădăcină și os ce conduce la o suprapozitie
- e. hiperemia pulpară care este tot timpul ireversibilă

B pagina 431

224. Complicațiile traumatismelor dinților temporari sunt:

- a. rezorbția inflamatorie internă sau externă , consecutiv luxației și necrozei
- b. anchiloza dentară, consecința fuziunii dintre rădăcină și os ce conduce la o infrapozitie
- c. hemoragia pulpară ce determină colorația coroanei la 1 -2 ore de la traumatism
- d. necroza pulpară ce determină un aspect gri – cenușiu al coroanei la 3 – 4 luni de la traumatism
- e. hiperemia pulpară care poate fi reversibilă sau ireversibilă

A, B, E 431

225. Complicațiile traumatismelor dinților temporari sunt:

- a. afectarea mugurelui dintelui succesional
- b. rezorbția inflamatorie internă sau externă , consecutiv luxației și necrozei
- c. anchiloza dentară, consecința fuziunii dintre rădăcină și os ce conduce la o infrapozitie
- d. necroza pulpară ce determină un aspect gri – cenușiu al coroanei la 3 – 4 luni de la traumatism
- e. hiperemia pulpară care poate fi reversibilă sau ireversibilă

A, B, C, E 431

226. Traumatismele dento – parodontale ale dinților permanenți:

- a. reprezintă o urgență în stomatologia pediatrică
- b. au un impact major asupra creșterii radiculare
- c. nu influențează maturarea radiculară
- d. pune în pericol chiar existența dintelui pe arcadă
- e. nu pune în pericol chiar existența dintelui pe arcadă

A, B, D 431



227. *Traumatismele dento – parodontale ale dinților permanenți:
- nu reprezintă o urgență în stomatologia pediatrică
 - au un impact major asupra creșterii radiculare
 - nu influențează maturarea radiculară
 - nu pune în pericol chiar existența dintelui pe arcadă
 - nu pune în pericol chiar existența dintelui pe arcadă
- B 431
228. *Frecvența apariției traumatismele dento – parodontale ale dinților permanenți este:
- asociată cu perioada de vârstă 12 – 14 ani
 - 53% dintre copii suferă un traumatism în viață
 - sexul feminin este de 2 ori mai afectat
 - raportul sex masculin/ sex feminin este de 1:2
 - proporția afectării în mediul rural și urban este aproximativ egală
- E 431
229. *Frecvența apariției traumatismele dento – parodontale ale dinților permanenți este următoarea:
- raportul dintre mediul rural și urban este aproximativ 2:1
 - perioada de vârstă este cuprinsă între 1 – 2 ani
 - 35% dintre copii suferă un traumatism în viață
 - raport sex feminin/ sex masculin este de 2:1
 - raport sex feminin/ sex masculin este de 1:1
- C 431
230. *Predispoziția în traumatismele dento – parodontale ale dinților permanenți este următoarea:
- cei mai afectați sunt incisivii centrali și laterali inferiori
 - frecvent sunt afectați caninii
 - cei mai afectați sunt molarii superiori
 - foarte rar sunt afectați caninii
 - incisivii inferior sunt foarte rar afectați
- D 431
231. În cazul traumatismelor ce apar consecutiv unor accidente este necesară identificarea unor posibile leziuni mai grave care necesită investigații suplimentare. Astfel următoarele afirmații sunt adevărate:
- echimoza din spatele urechii, în regiunea mastoidă, poate indica fractură mandibulară
 - echimoza de la nivelul bărbiei poate indica o fractură de bază de craniu
 - echimoza din zona suborbitară asociată cu o hemoragie conjunctivală poate indica o fractură zigomatică
 - sângerarea din meatul auditiv extern poate fi asociată cu o fractură condiliană



e. hematumul sublingual poate indica o fractură mandibulară la nivelul simfiziei mentoniere sau în regiunea canină

C, D, E 433

232. *Următoarele afirmații sunt adevărate:

a. hematumul sublingual poate indica o fractură mandibulară la nivelul simfiziei mentoniere sau în regiunea molară

b. sângerarea din meatul auditiv extern poate fi asociată cu o fractură de bază de craniu

c. echimoza din zona suborbitară asociată cu o hemoragie conjunctivală poate indica o fractură condiliană

d. echimoza de la nivelul bărbiei poate indica o fractură de bază de craniu

e. echimoza din spatele urechii, în regiunea mastoidă, poate indica fractură de bază de craniu

E 433

233. *Fisura de smalț:

a. este un traumatism major

b. depășește joncțiunea smalț - dentină

c. prezintă o pierdere dentară

d. la examenul clinic și radiologic se poate observa un aspect morfologic normal al dintelui

e. prezintă ca simptom subiectiv sensibilitate și durere spontană

D 433

234. Fisura de smalț:

a. se poate diagnostica prin transiluminare

b. tratamentul depinde de profunzimea fisurii dentare

c. tratamentul depinde de întinderea fisurii dentare

d. prezintă ca o măsură de protecție aplicarea a cinci straturi de bonding fotopolimerizabil

e. nu necesită un control periodic

A, B, C 433

235. *Următoarele afirmații despre fracturile coronare necomplicate care implică doar smalțul și dentina sunt adevărate:

a. sunt fracturi limitate la nivelul dentinei cu deschidere punctiformă a pulpei

b. obiectivul principal în cazul dinților permanenți tineri îl reprezintă protecția dentinei prin sigilarea canaliculelor dentinare

c. se recomandă efectuarea unui coafaj pulpar direct cu hidroxid de calciu sau ionomer de sticlă

d. nu necesită un control periodic

e. necesită control periodic la 1, 2 și 3 luni pentru monitorizarea vitalității dentare E 433



236. Fracturile coronare complicate cu deschiderea camerei pulpare:
- expun țesutul pulpar
 - scade riscul apariției patologiei pulpare
 - crește riscul compromiterii vitalității pulpare
 - obiectivul în cazul dinților permanenți tineri îl reprezintă protejarea țesutului pulpar expus
 - obiectivul în cazul dinților permanenți tineri îl reprezintă păstrarea vitalității dentare
- A, C, D, E 433
237. Coafajul pulpar direct:
- permite conservarea în totalitate a țesutului pulpar
 - se efectuează când expunerea pulpară este limitată, deschidere < 3mm
 - se efectuează când expunerea pulpară este limitată, deschidere < 1mm
 - se efectuează când prezentarea la cabinetul stomatologic se face imediat, la câteva ore de la traumatism, 6 – 9 ore
 - se efectuează când prezentarea la cabinetul stomatologic se face imediat, la câteva ore de la traumatism, 1 – 6 ore
- A, C, E 434
238. 2354. Pulpotomia vitală parțială:
- este tehnica de elecție în fracturile complicate la dinții imaturi când prezentarea la cabinetul stomatologic se face imediat
 - este tehnica de elecție în fracturile complicate la dinții imaturi când prezentarea la cabinetul stomatologic se face tardiv
 - este tehnica de elecție în fracturile complicate la dinții imaturi când nu există expunere pulpară
 - este tehnica de elecție în fracturile complicate la dinții imaturi când expunerea pulpară este limitată, deschidere < 1mm
 - este tehnica de elecție în fracturile complicate la dinții imaturi când expunerea pulpară este de 1 – 2 mm
- B, E 434
239. Pulpotomia vitală parțială:
- este tehnica de elecție în fracturile complicate la dinții imaturi când nu există expunere pulpară
 - presupune îndepărtarea țesutului pulpar expus și contaminat sub anestezie loco – regional cu excavatorul sau cu o freză rotunda diamantată
 - presupune aplicarea unei paste pe bază de hidroxid de calciu sau mta în contact direct cu țesutul pulpar
 - presupune aplicarea unei obturații de bază cu ionomer de sticlă și restaurarea coronară de durată cu compozit
 - necesită control clinic și radiografic la 6 – 8 săptămâni
- B, C, D, E 434



240. Pulpotomia vitală totală:

- a. este tehnica de elecție în fracturile complicate la dinții imaturi când nu există expunere pulpară
- b. este tehnica de elecție în fracturile complicate la dinții imaturi când prezentarea la cabinetul stomatologic se face imediat
- c. este tehnica de elecție în fracturile complicate la dinții imaturi când expunerea pulpară este limitată, deschidere <math>< 1\text{mm}</math>
- d. este tehnica recomandată în cazul traumatismului mai vechi, de 6 – 10 ore sau mai mult
- e. este tehnica recomandată în expunerea pulpară de 1 – 2 mm

D, E 434

241. Fracturile radiculare:

- a. sunt traumatisme care implică dentina și cementul dar pot fi extinse și la nivelul smalțului
 - b. apar mai frecvent la copii mai mici
 - c. apar mai frecvent la copii mai mari
 - d. majoritatea sunt localizate în treimea apicală
 - e. în funcție de localizarea linei de fractură pot să apară trei forme clinice: fracturi radiculare în treimea apicală, fracturi radiculare în treimea medie, fracturi radiculare în treimea cervicală
- A, C, E 434

242. *Fracturile radiculare:

- a. sunt localizate în majoritatea cazurilor în treimea apicală
- b. sunt localizate în majoritatea cazurilor în treimea medie
- c. sunt localizate în majoritatea cazurilor în treimea cervicală
- d. apar de obicei la dinții frontali superiori
- e. apar de obicei la molarii inferiori

B 434

243. Fracturile corono – radiculare:

- a. sunt traumatisme care interesează coroana și rădăcina simultan
- b. afectează smalțul, dentina și cementul
- c. nu se asociază niciodată cu deschiderea camerei pulpare
- d. evaluarea clinică și radiologică poate evidenția mobilitate la nivelul fragmentului coronar
- e. evaluarea clinică și radiologică poate evidenția separarea dintelui în două sau mai multe fragmente

A, B, D, E 434, 435

244. Contuzia:

- a. este traumatismul localizat la nivelul ligamentului de susținere
- b. se produce o rupere a fibrelor ligamentare
- c. prezintă o sângerare la nivelul șanțului gingival asociat cu mobilitate dentară
- d. necesită repaus masticator prin scoaterea dintelui din ocluzie
- e. necesită o imobilizare de 14 zile

A, D 435



245. Subluxația:

- a. este traumatismul localizat la nivelul ligamentului de susținere în care se produce o lezare prin strivire a fibrelor ligamentare
- b. se produce o rupere a fibrelor ligamentare
- c. prezintă o sângerare la nivelul șanțului gingival asociat cu mobilitate dentară
- d. necesită repaus masticator și alimentație moale timp de 2 săptămâni
- e. poate necesita o imobilizare de 14 zile

B, C, D, E 435

246. Luxația:

- a. este traumatismul localizat la nivelul ligamentului de susținere în care se produce o lezare prin strivire a fibrelor ligamentare
- b. este traumatismul caracterizat prin ruperea limitată a fibrelor ligamentare
- c. este traumatismul caracterizat prin ruperea parțială a fibrelor ligamentare
- d. determină deplasarea dintelui în direcții diferite
- e. apare mai des la dinții permanenți tineri în perioada dentiției mixte

C, D, E 435

247. Atitudinea terapeutică în luxația cu intruzie este următoarea:

- a. dacă rădăcina este complet formată se așteaptă re - erupția
- b. dacă rădăcina este complet formată se recomandă extruzia ortodontică imediată cu forțe ușoare și depulpare urmată de tratament endodontic
- c. dacă rădăcina este incomplet formată, la dinții parțial intrudați cu o rădăcină aflată în o fază incipientă de dezvoltare, se recomandă extruzia ortodontică imediată cu forțe ușoare și depulpare urmată de tratament endodontic
- d. dacă rădăcina este incomplet formată, la dinții parțial intrudați cu o rădăcină aflată în o fază incipientă de dezvoltare, se recomandă așteptarea reerupției lor timp de 2 – 3 săptămâni
- e. dacă rădăcina este incomplet formată, la dinții parțial intrudați cu o rădăcină aflată în o fază incipientă de dezvoltare, nu se face depulpare dar se monitorizează clinic și radiografic

B, D, E 436

248. *Avulsia dentară:

- a. este traumatismul ce determină ruperea limitată a fibrelor ligamentare
- b. este traumatismul caracterizat prin ruperea parțială a fibrelor ligamentare
- c. este traumatismul caracterizat prin deplasare dintelui, respectiv a coroanei, spre vestibular sau oral
- d. este traumatismul în care se produce o lezare prin strivire a fibrelor ligamentare
- e. este traumatismul ce apare consecutiv ruperii în totalitate a fibrelor ligamentare

E 436

249. În avulsia dentară, în cazul în care pacientul se prezintă pentru replantare în primele 60 minute după traumatism, atitudinea terapeutică este următoarea:

- a. dintele se spală și se menține într-o soluție antiseptic sau cu antibiotice timp de 20 minute
- b. dintele se spală și se manevrează doar de coroană pentru a conserva fibrele ligamentare



- c. se îndepărtează porțiunile necrozate din ligament cu ajutorul unui tifon umezit în soluție salină
- d. în anestezie loco – regională se pregătește sumar alveola prin îndepărtarea cheagurilor și irigarea cu ser fiziologic, apoi dintele se inseră în alveolă fără presiune
- e. dintele se imobilizează timp de 14 zile B, D, E 437

250. Următoarele afirmații despre cetoacidoza diabetică sunt adevărate:

- a. reprezintă pierderea temporară a conștienței și tonusului postural
 - b. rezultă dintr-o bruscă și tranzitorie tulburare a funcției cerebrale
 - c. apare în caz de deficit absolut sau relativ de insulină
 - d. simptomele include: polidipsie, polifagie, poliurie, slăbiciune, greață, vărsături, hiperventilație, eritem facial
 - e. tratamentul constă în administrarea în prima oră a unei soluții saline 10-20ml/kg corp, iar după 2 ore de la această procedură se administrează și insulină i.v.
- C, D, E 438

251. Reacția anafilactică:

- a. reprezintă pierderea temporară a conștienței și tonusului postural
 - b. rezultă dintr-o bruscă și tranzitorie tulburare a funcției cerebrale
 - c. apare în caz de deficit absolut sau relativ de insulină
 - d. reprezintă o complicație posibilă la produsele folosite în cabinetul stomatologic
 - e. reprezintă o urgență medicală al cărui prognostic depinde de răspunsul și de administrarea corectă de adrenalină (epinefrina)
- D, E 438, 439

252. Reacția toxică:

- a. cauza cea mai frecventă o reprezintă anestezicele locale
 - b. apare din cauza absorbției rapide a medicamentului în fluxul sanguin, supradozării sau lezării unui vas sanguin
 - c. simptomele include: polidipsie, polifagie, poliurie, slăbiciune, greață, vărsături, hiperventilație, eritem facial
 - d. simptomele includ: stare de confuzie, vorbire neclară, tremor la nivelul feței și membrilor, hipertensiune arterială, bătăi rapide ale inimii, respirație accelerată, amețeli, nistagmus, dureri de cap, tinitus, dezorientare, pierderea conștienței, convulsii tonico - clonice
 - e. reprezintă o urgență medicală al cărui prognostic depinde de răspunsul și de administrarea corectă de adrenalină (epinefrina)
- A, B, D 440

253. Recomandările pentru copilul cu astm bronșic în cabinetul stomatologic sunt:

- a. tratamentele dentare se temporează la copilul cu wheezing
- b. se întrerupe medicația de fond
- c. se folosesc anestezicele locale vasoconstrictoare
- d. se evită anestezicele sub formă de spray pulverizate excesiv
- e. se evită antiinflamatoarele (aspirina)



A,D, E 440

254. Pentru ranforsarea pozitivă:

- a. Medicul va încuraja copilul și îl va felicita pentru comportamentul cooperant
- b. Îi poate oferi o recompensă, întărind astfel comportamentul adecvat
- c. Se răsplătesc comportamentele prin mici cadouri
- d. Se poate neglija un eventual comportament necorespunzător minor
- e. Nu se neglijează nici un comportament necorespunzător minor

A,B,D 450

255. Prima vizită a copilului în cabinetul stomatologic:

- a. Este e cea mai mare importanță în stabilirea unei relații de colaborare copil – echipă stomatologică
- b. Poate fi considerat drept psihoterapie
- c. Poate fi realizată prin vorbe prietenoase, un zâmbet înțelegător, un comportament amical față de copil, într-o ambianță psihică adecvată
- d. Cabinetul stomatologic trebuie să fie bine întreținut, aerisit, să predomine culoarea alb
- e. Se vor planifica concomitent copii aflați la prima vizită în cabinetul stomatologic

A,B,C 448

256. Tipul III din clasificarea lui Frankl, caracterizează:

- a. Un copil care are bunăvoința să asculte echipa stomatologică dar nu are atitudine pozitivă de bunăvoie
- b. Un copil care acceptă tratamentul și respectă ședințele de tratament
- c. Un comportament timid: copil supraprotejat, care colaborează greu
- d. Un tip unic: copilul urmează instrucțiunile și înțelege importanța profilaxiei
- e. Un copil interesat de procedurile stomatologice

A,B,C 447

257. Sunt tipuri de comportament asociate cu frica dentară și/sau probleme de comportament:

- a. Timiditatea
- b. Emoționalitatea negativă
- c. Hiperreactivitate
- d. Impulsivitatea
- e. Agresivitatea

A,B,C,D 445

258. Comunicarea non-verbală constă în, cu excepția:

- a. Atingere: poate fi o modalitate de a întări mesajul verbal și de a manifesta atenția
- b. Ascultare activă: poziția corpului și a capului, ușor înclinate spre înainte, sunt semn al înțelegerii din partea medicului
- c. Distanța de comunicare: pentru a permite dialogul, se situează între 50 și 120 cm
- d. Privire directă: semnifică acordarea nemijlocită a atenției



e. Modularea vocii: ridicarea ușoară a tonului poate calma copilul
E 449

259. Caracteristicile principale ale comunicării verbale cu pacientul copil urmăresc:

- Un limbaj simplu, accesibil, afectuos dar ferm, fără a exclude pertinența comenzilor bruște
- Timbrul vocii calm, lent și liniștit
- Se va folosi numele întreg al copilului
- Descrieri complete ale procedurilor
- Comentarii/întrebări care să solicite răspunsuri, altele decât "da/nu"

A,B,E 449

260. Sunt tehnici de modulare comportamentală:

- Semnalul "stop": Posibilitatea întreruperii ședinței este stabilită împreună cu copilul dinaintea începerii actului terapeutic
- Tehnica de "modelare" (modeling)
- Controlul vocii - creșterea bruscă a tonului vocii poate avea un efect de surpriză, cu încetarea comportamentului negativ
- Controlul vocii - după calmarea copilului, medicul revine la tonalitatea normală a vocii
- Tehnica "hand over mouth" (mâna peste gură) - asociată mereu cu constrângerea fizică a copilului

A,B,C,D 450

261. Despre odontofobie putem afirma:

- Este un tip sever de anxietate dentară
- Este un sentiment mai nespecific, de neliniște
- Se caracterizează printr-o frică marcată și persistentă de unele situații/obiecte ce pot fi distinse în mod clar
- Duce în timp la evitarea tratamentelor stomatologice necesare, sau tolerarea cu spaimă a acestora
- Interferă semnificativ cu rutina zilnică și viața socială

A,C,D,E 445

262. Tipul III din clasificarea lui Frankl nu caracterizează, cu excepția:

- Un copil care urmează instrucțiunile
- Un copil care urmează recomandările, dar are rezerve
- Un copil care înțelege importanța profilaxiei
- Un copil care are un raport bun cu echipa stomatologică
- Un copil interesat de procedurile stomatologice

B 447



263. Tipul II din clasificarea lui Frankl caracterizează:

- a. Un copil necooperant
- b. O atitudine negativă dar nu pronunțată
- c. Un copil plângăcios, îngrozit
- d. Un copil care acceptă greu tratamentul stomatologic
- e. Un copil îmbufnat, retras

A,B,D,E 446

264. În prima sedință a copilului la medicul stomatolog:

- a. Va pune accent pe familiarizarea copilului cu mediul din cabinet și cu echipa stomatologică
- b. Se realizează ancheta funcțională
- c. Obținerea consimțământului informat din partea părintelui
- d. Evaluarea tipologiei comportamentale a copilului.
- e. Se concepe planul de tratament

A,B,C,D 448

265. În perioada preșcolară de la 2 la 4 ani:

- a. Copilul este încă foarte dependent de părinți, acesta nu trebuie separat de mamă
- b. Capacitatea de concentrare a atenției copilului este limitată (între 4 și 8 minute)
- c. Copilul nu are noțiunea timpului iar medicul poate număra cu voce tare timpul rămas până la finalizarea diverselor etape de tratament
- d. Copilul nu este capabil să înțeleagă beneficiile tratamentului, nu i se vor descrie procedurile
- e. Copilul poate fi lăsat să ajute

B,C,E 443

266. Despre frica dentară putem afirma:

- a. Se referă la un obiect specific
- b. Reprezintă reacția la un stimul extern amenințător
- c. Este o reacție emoțională normală la stimuli amenințatori din situația clinică a unui tratament stomatologic
- d. Se poate manifesta prin amânarea vizitei la medicul stomatolog
- e. Se asociază cu unele condiții speciale

A,B,C 445

267. Despre anxietatea dentară putem afirma:

- a. Este un tip sever de frică dentară
- b. Nu se referă la un obiect specific
- c. Se referă la un pericol iminent, vag, nedeterminat, acompaniat de o premoniție
- d. Reprezintă o stare în care copilul este alert și pregătit pentru a se întâmpla ceva
- e. Duce în timp la evitarea tratamentelor stomatologice necesare

B,C,D 445



268. Principalele metode de evaluare a tiparelor comportamentale ale copilului sunt:

- a. Observarea directă a răspunsului fiziologic al copilului
- b. Observarea directă a răspunsului comportamental al copilului de către medicul stomatolog
- c. Observarea directă a răspunsului comportamental al copilului de către un părinte
- d. Chestionarele completate de un părinte
- e. Chestionarele completate de copil

A,B,D,E 446

269. Metode de abordare non-farmacologice includ diferite tehnici de comunicare, cu excepția:

- a. Comunicarea verbală
- b. Comunicarea non-verbală
- c. Controlul vocii
- d. Metoda distragerii atenției
- e. Ranforsarea pozitivă

C 448

270. Despre metoda distragerii atenției putem afirma următoarele:

- a. Este o tehnică verbală foarte eficace de gestionare a comportamentului la copilul mic
- b. Este o tehnică verbală foarte eficace de gestionare a comportamentului la orice vârstă
- c. Se aplică prin deturnarea atenției copilului în momentul în care ar putea simți o jenă dureroasă
- d. Poate fi utilizată o cutie muzicală, sau audiția unei melodii
- e. Ridicarea ușoară a tonului poate capta atenția copilului, iar scăderea tonului îl va calma

A,C,D 450

271. Despre tehnica de modelare, putem afirma următoarele:

- a. Nu se apelează la o atitudine coercitivă
- b. Se apelează la o atitudine coercitivă
- c. Nu se bazează și pe răspunsurile individuale la stimuli prestabiliți
- d. Țintește "comportamentul dorit observabil în timp"
- e. Se bazează și pe răspunsurile individuale la stimuli prestabiliți

A,D,E 450

272. 2388. Fundamentele managementului comportamental în pedodonție fac referire la:

- a. Abordarea pozitivă: afirmații pozitive în timpul dialogului
- b. Atitudinea echipei stomatologice: trebuie să fie autoritară
- c. Organizarea: întârzierea și nehotărârea putând motiva reacția de teamă a pacientului copil
- d. Toleranța: abilitatea echipei de a face față rațional situației cu care se confruntă, gestionând corect comportamentele nedorite și menținând o stare de calm
- e. Flexibilitatea: echipa stomatologică să fie pregătită să-și schimbe planul procedural sau terapeutic în orice moment



A,C,D,E 447

273. Fundamentele managementului comportamental în pedodonție fac referire la:
- Abordarea pozitivă: abilitatea echipei de a face față rațional situației cu care se confruntă, gestionând corect comportamentele nedorite și menținând o stare de calm
 - Atitudinea echipei stomatologice: trebuie să fie prietenoasă, binevoitoare
 - Transparența: copilul nu trebuie mințit
 - Transparența: copilului nu îi trebuie oferite doar variante precise
 - Flexibilitatea: câtă vreme copiii sunt lipsiți de maturitate, echipa stomatologică trebuie să fie pregătită să-și schimbe planul procedural sau terapeutic în orice moment

B,C,E 447

274. Tehnica "spune/arată/efectuează" are ca scop prezentarea diferitelor aspecte ale instrumentelor utilizate în timpul tratamentului, prin explicarea:
- Vizuală - prin arătarea instrumentului;
 - Auditivă - prin activarea instrumentului în cavitatea orală
 - Tactilă - prin atingerea de către copil a instrumentului;
 - Tactilă - prin acționarea instrumentelor în gura medicului
 - Olfactivă și gustativă - aspect care poate fi neglijat

A,C 449

275. Pentru copiii de 0-2 ani este de preferat ca ședința de tratament să fie programată:
- Dimineața
 - La prânz
 - După masa
 - La finalul zilei
 - Între orele de odihnă

A 443

276. Caracteristicile principale ale comunicării verbale cu pacientul copil urmăresc:
- Mesaj clar (se recomandă eufemisme pentru proceduri/materiale/instrumente, de exemplu: turbina este „o albinuță”)
 - Descrieri scurte ale procedurilor
 - Trecerea de la imperativul "tu" la "eu"
 - Ascultarea activă: poziția corpului și a capului, ușor înclinate spre înainte
 - Modularea vocii: ridicarea ușoară a tonului poate capta atenția copilului, iar scăderea tonului îl va calma

A,B,C 449



277. Pacientul care are rezerve în acceptarea tratamentului, prezintă:
- Comportament imatur: copil mic; copil preșcolar; copil cu nevoi speciale
 - Comportament timid: sub presiunea familiei/prietenilor
 - Comportament influențabil: copilul urmează instrucțiunile și înțelege importanța profilaxiei
 - Ușor negativism - copil timid, plângăreț: copil preșcolar; copil de vârstă mijlocie
 - Comportament irascibil, plângăreț: poate sau nu fi considerat negativ
- A,D 446

278. Metode de abordare non-farmacologice includ diferite tehnici de modelare comportamentală:
- Semnalul "stop"
 - Tehnica de "modelare" (modeling)
 - Controlul vocii
 - Tehnica "tell-show-do"
 - Tehnica "hand over mouth" (mâna peste gură)
- A,B,C,E 448

279. Primul control dentar se realizează în prima copilărie, respectând următoarele reguli:
- Copilul nu trebuie să fie separat de mamă - aceasta îl va ține în brațe, pentru a facilita examenul clinic
 - Părintele îi vorbește copilului cu o voce autoritară
 - Frații copilului pot fi primiți în cabinet, pentru a elimina anxietatea
 - Copilul nu poate coopera în mod conștient; este, deci, inutil să se încerce o negociere sau un raționament cu acesta, dar modularea vocii îi poate capta atenția
 - Medicul nu trebuie să aibă gesturi și mișcări bruște
- A,D,E 443

280. În perioada școlară (6-11 ani):
- Pentru a câștiga încrederea copilului, medicul trebuie să identifice subiecte de interes ale acestuia, precum sporturile sau personaje din filme pentru copii
 - Dacă pacientul este coleric trebuie încercat apelul la rațiune
 - Medicul trebuie să îi dea copilului explicații logice, pentru că la această vârstă copilul are capacitatea de raționament și deducere
 - Medicul va lucra evitând pauzele, pentru a nu pierde controlul
 - Motivarea igienei orale trebuie abordată la fiecare ședință de tratament
- A 444



281. Conform protocoalelor AAPD (American Academy of Pediatric Dentistry), mesajele transmise cu ajutorul comunicării non-verbale sunt următoarele:

- a. Te văd ca persoană și voi încerca să răspund nevoilor tale
 - b. Te înțeleg
 - c. Sunt competent
 - d. Sunt capabil să te ajut și nu voi face nimic ce ți-ar putea face rău
 - e. Am răbdare
- A,C,D 449

282. În perioada adolescenței (12-15 ani):

- a. Adolescentul este adesea dificil de motivat, până ce acesta nu acuză probleme grave
 - b. Medicul nu trebuie să critice direct adolescentul
 - c. Medicul trebuie să îi dea explicații logice, pentru că la această vârstă copilul are capacitatea de raționament și deducere
 - d. Adolescentului îi place să i se acorde încredere, medicul trebuind să țină cont de faptul că pacientul este totuși un copil, cu limitele sale
 - e. Motivarea igienei orale trebuie abordată la fiecare ședință de tratament
- A,B,C,E 444

283. Prima etapă din managementul comportamental al copiilor:

- a. Reprezintă introducerea copilului în sfera preocupărilor de îngrijire și întreținere a stării de sănătate orală
 - b. Reprezintă momentul introductiv când copilul face cunoștință cu mediul ambiant și medicul său
 - c. Se inițiază în mediul familial
 - d. Se inițiază la prima vizită în cabinetul stomatologic
 - e. Absența acestei educații poate genera prejudicii, până la eșecul total al tratamentului stomatologic
- A,C,E 447

284. Tipul I din Clasificarea lui Frankl cuprinde, cu excepția:

- a. Un pacient care refuză tratamentul
 - b. Un comportament timid
 - c. Un copil care plânge intens și are un comportament incontrolabil
 - d. Un comportament extrem de negativ asociat anxietății, incontrolabil
 - e. Un comportament extrem de negativ asociat anxietății, sfidător
- B 446

285. În perioada preșcolară de la 4 la 6 ani:

- a. Medicul poate încuraja copilul să-l ajute
- b. Medicul poate să îi permită copilului participarea activă la tratament prin ținerea oglinzii sau a unui rulou de vată
- c. Medicul trebuie să descrie procedurile



- d. Medicul va lucra evitând pauzele
 - e. Medicul va permite copilului pauze dese
- A,B,C,D 444

286. În perioada preșcolară de la 4 la 6 ani:
- a. Copilul intră în cabinet acompaniat de părinte doar la prima ședință, apoi poate veni singur
 - b. Copilul intră în cabinet acompaniat de părinte la fiecare ședință
 - c. Medicul poate acorda interes îmbrăcămintei copilului, punând-o în valoare cu laude
 - d. Este important ca medicul să vorbească cu copilul, să îi explice prin imagini și să facă apel la povești sau personaje pe care copilul le îndrăgește
 - e. Medicul nu trebuie să descrie procedurile
- A,C,D 444

287. Sunt manifestări ale fricii, cu excepția:
- a. Atitudine defensivă
 - b. Ușoară neliniște
 - c. Stare de agitație motorie
 - d. Stare de alertă
 - e. Manifestări dramatice/isterice
- D 445

288. Despre anxietate sunt adevărate următoarele afirmații:
- a. Poate fi descrisă ca o emoție naturală, bazată pe percepția unei amenințări reale
 - b. Anxietatea este asociată cu reacția de frică la o situație anticipată, dar nu și realistă
 - c. Anxietatea poate fi privită ca un tip de afecțiune similară fricii, la copiii care nu s-au putut adapta unei situații specifice, generatoare de frică
 - d. Are apogeul la vârste mici, urmat de un declin drastic
 - e. Debutează în timpul perioadei preșcolare și apoi prezintă o creștere moderată
- B,C,E 444

289. Primul control dentar se realizează în prima copilărie, respectând următoarele reguli:
- a. Ședința va fi scurtă, puterea de concentrare a copilului variind de la 4 la 8 minute
 - b. Perioada de timp preferabilă pentru control va fi dimineața
 - c. Medicul trebuie să se concentreze asupra micului pacient și nu trebuie deranjat de către părinți sau personalul auxiliar din cabinet
 - d. Medicul trebuie să învețe să accepte plânsul copilului, întrucât este mai mult un semn de disconfort
 - e. Medicul nu trebuie să accepte plânsul copilului
- B,C,D 443



290. Dezvoltarea copilului poate fi divizată în 4 mari perioade:

- a. Mica copilărie: 0-4 ani
- b. Perioada preșcolară: 4-6 ani
- c. Perioada școlară: 6-11 ani
- d. Adolescența: 12-15 ani
- e. Adolescența 12-18 ani

C,D 443

291. Pacientul care refuză tratamentul, încadrat în tipul I din clasificarea lui Frankl, prezintă:

- a. Comportament imatur - nu înțelege motivul tratamentului: copil mic; copil preșcolar; copil cu nevoi speciale
- b. Comportament irascibil, plângăreț
- c. Comportament necontrolabil - anxietate extremă: copil preșcolar
- d. Comportament sfidător - rezistență activă/pasivă: copil răsfățat, de vârstă mijlocie
- e. Comportament influențabil: sub presiunea familiei/prietenilor

A,C,D 446