Centre intégré
de santé
et de services sociaux
de la Montérégie-Ouest
Québec

MOCLI60535

Dossier : _____

Nom, Prénom : _____

Date de naissance : _____ ☐ F ☐ M
aaaa-mm-jj

NAM : _____ Exp. _____
aaaa-mm

Nom, Prénom de la mère : _____

Installation : _____

DÉPISTAGE ET APPLICATION D'AGENTS DE SCELLEMENT – HYGIÈNE DENTAIRE

École : _____ **Groupe :** _____

Surface dentaire	Perte de substance			Scellée	Scellant défectueux	Obturée	Éruption		Surface dentaire
	aucune	d'émail	dentinaire				Partielle	≠	
16 OM									16 OM
16 OD									16 OD
16 L									16 L
16 C									16 C
26 OM									26 OM
26 OD									26 OD
26 L									26 L
26 C									26 C
36 O									36 O
36 B									36 B
46 O									46 O
46 B									46 B

14-15									14-15
24-25									24-25
34-35									34-35
44-45									44-45

17 OM									17 OM
17 OD									17 OD
17 L									17 L
27 OM									27 OM
27 OD									27 OD
27 L									27 L
37 O									37 O
37 B									37 B
47 O									47 O
47 B									47 B

Expérience de carie : ☐ oui ☐ non

Code : _____

Besoin évident de traitement (BET) : ☐ oui : _____

☐ non : _____

Nom, Prénom : Dossier :

□ Autres : _____

☐ J'ai appliqué des agents de scellement selon le protocole d'usage sur les faces dentaires suivantes :

	OM	OD	L	C
16				
26				
17				
27				
	O	**B**		
36				
46				
37				
47				
14-15				
24-25				
34-35				
44-45				

Protocole d'application des agents de scellement

1-Nettoyage et séchage de la dent à sceller (brosse, boulettes);
2-Isolation de la dent;
3-Visualisation de l'étendue de la surface à sceller;
4-Application du conditionneur;
6-Rinçage et séchage avec boulettes;
7-Activation et mélange de la capsule de VI;
8-Insertion de la capsule dans l'applicateur;
9-Application de scellant _____ ;
10-Pressage du VI avec la technique (ART) ;
11-Vérification de l'occlusion.

☐ Application du fluorure diamine d'argent (FDA) selon le protocole d'application de FDA dans le secteur public : 1 goutte, produit : Advantage Arrest, sur dent(s) # : _____

☐ Questionnaire de santé révisé

Particularités / Notes d'évolution :

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

Intervenant associé : _____

Signature de l'hygiéniste dentaire: _____ Date : _____
aaaa-mm-jj