



Installation : _____

ÉVALUATION BUCCODENTAIRE EN CHSLD
HYGIÉNISTE DENTAIRE

Dossier : _____

Nom, prénom : _____

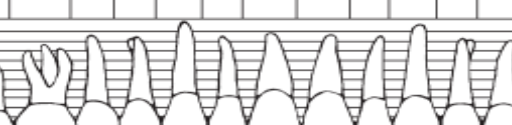
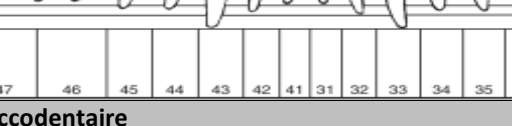
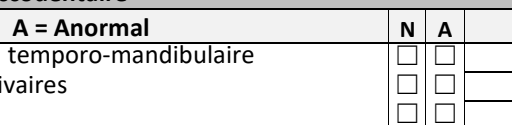
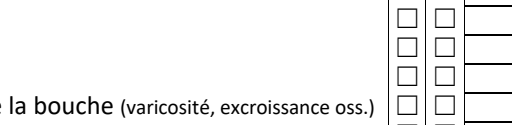
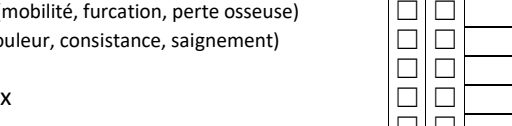
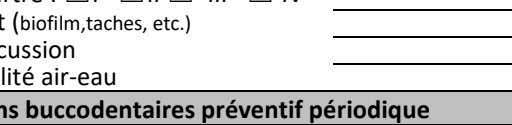
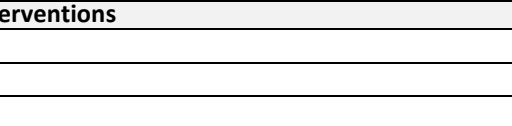
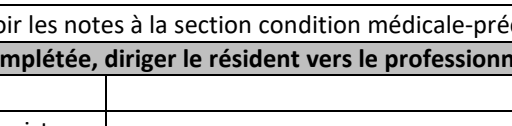
Date de naissance : _____ ☐ F ☐ M
aaaa/mm/jj

NAM : _____ Exp. _____
aaaa/mm

Nom, prénom de la mère : _____

Particularités du la personne hébergée :		
Plainte principale - Objet de la requête		
Information médicale en précision de la détermination du plan de soins préventif		
☐ Consultation du profil pharmacologique, date de la dernière mise à jour : _____		
Allergie(s) et intolérance(s) : _____		
Conditions médicales		Précautions et contre-indications à la réalisation du plan de soins préventif :
☐ Utilisation des tableaux		☐ Utilisation des arbres décisionnels
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		
6.		
7.		
8.		
9.		
10.		

#Dossier : []

ODONTOGRAMME																												Prothèses dentaires			
18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28													☐ Aucune		Supérieur	Inférieur
 Maxillaire supérieur																												☐ Prothèse partielle		☐	☐
 Droite du patient																												☐ Prothèse complète		☐	☐
 Maxillaire inférieur																												☐ Prothèse amovible sur implant		☐	☐
 Gauche du patient																												☐ Prothèse fixe sur implant		☐	☐
																												☐ Prothèse(s) identifiée(s)		☐	☐
48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38													Port de la prothèse :		Supérieur	Inférieur
																												24h/24h		☐	☐
																												Jour seulement		☐	☐
																												Occasionnel		☐	☐
																												Repas seulement		☐	☐
																												Avec adhésif		☐	☐
																												Remisé		☐	☐
																												Notes :			

N = Normal A = Anormal	N	A	Précision
Articulation temporo-mandibulaire	☐	☐	
Glandes salivaires	☐	☐	
Autres :	☐	☐	
Lèvres	☐	☐	
Muqueuses	☐	☐	
Langue	☐	☐	
Plancher de la bouche (varicosité, excroissance oss.)	☐	☐	
Parodonte (mobilité, furcation, perte osseuse)	☐	☐	
Gencives (couleur, consistance, saignement)	☐	☐	
Palais	☐	☐	
Oro-pharynx	☐	☐	
Vestibule	☐	☐	
Attrition	☐	☐	
Abrasion	☐	☐	
Salive	☐	☐	
Classe de tarte : ☐ I ☐ II ☐ III ☐ IV			
Autre dépôt (biofilm,taches, etc.)			
Test de percussion			
Test sensibilité air-eau			

Soins et interventions		Fréquence
1		
2		
3		
4	☐ Voir les notes à la section condition médicale-précautions et contre-indications à la réalisation du plan de soins préventif	

☐ Dentiste	
☐ Denturologiste	

[illegible]

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75	76	77	78	79	80	81	82	83	84	85	86	87	88	89	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	100
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	-----

Nom en lettre moulée	Signature	No. de permis	aaaa-mm-jj
----------------------	-----------	---------------	------------