



MOCLI60718

Installation : _____

Dossier : _____

Nom, prénom : _____

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

NAM : _____ Exp. _____
aaaa/mm

Nom, prénom de la mère : _____

DEMANDE DE SERVICES PROFESSIONNELS BUCCODENTAIRES EN CHSLD

PRÉALABLES

Évaluation de la santé buccodentaire par l'infirmière (AS-302)

Référence au technicien en éducation spécialisé en présence de problèmes de comportements lors des soins généraux

INFORMATION SUR LA PERSONNE HÉBERGÉE

Numéro de chambre: _____ S'agit-il d'une nouvelle admission ? ☐ Oui, date : _____ ☐ Non
aaaa-mm-jj

Meilleur moment pour le soin : ☐ Avant-midi ☐ Après-midi Précision si requis : _____

Déplacement : ☐ Seul ☐ Avec aide ☐ Marchette ☐ Fauteuil roulant ☐ Levier

Problème audition/vision : ☐ Aucun ☐ Oreille gauche ☐ Oreille droite ☐ Oeil gauche ☐ Oeil droit

Communication : ☐ Français ☐ Anglais ☐ Autre : _____ ☐ Pictogrammes

Alimentation : ☐ Dysphagie ☐ Gavage ☐ Restriction liquidien ☐ Autre : _____

Coopération aux soins ☐ Très coopérant ☐ Coopérant ☐ Peu coopérant ☐ Très peu coopérant ☐ Non coopérant
Préciser : _____

Détailler les comportements qui aideront à préparer le soin : _____

Dentition ☐ Dents naturelles
☐ Dents naturelles et prothèses dentaires
☐ Prothèse dentaires sans dents naturelles
☐ Prothèse dentaires sur implants
☐ Édenté (sans dents naturelles, sans prothèses dentaires)

Personne à contacter pour le consentement aux soins : _____ Lien : _____

Téléphone : _____ Courriel : _____

Un membre de la famille ou un proche souhaite être présent lors des soins ☐ Oui ☐ Non ☐ À vérifier avec la personne contact

PROFESSIONNEL REQUIS ET RAISON(S) DE LA CONSULTATION

☐ DENTISTE

Priorisation :

☐ **P1-URGENT** (Personne avec ou sans dents : douleur, abcès, dent mobile)
Précision : _____

☐ **P2-Moins urgent** (Personne avec dents et ou implants, sans douleur)
Précision : _____

☐ **P3-Non urgent** (Personne édentée avec ou sans prothèse dentaire, sans douleur, visuellement tout semble normal)
Précision : _____

☐ HYGIÉNISTE DENTAIRE

Motifs :

☐ Nettoyage-détartrage des dents naturelles
☐ Nettoyage et identification des prothèses dentaires

☐ Nettoyage des prothèses
☐ Identification des prothèses
☐ Coaching/formation pour le personnel
☐ Autre : _____

Précision(s) si requises : _____

☐ DENTUROLOGISTE

Motifs :

☐ Prothèse dentaire brisée
☐ Prothèse dentaire perdue
☐ Prothèse dentaire instable
☐ Autre : _____

Précision(s) si requises : _____

***Transmettre la demande de service à l'agente administrative du CHSLD /** Transmis au professionnel en date du : _____
aaaa-mm-jj

Nom en lettre moulée

Signature et titre

No. de permis

aaaa-mm-jj