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

MOCLI60718

Dossier : _____

Nom, prénom : _____

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

NAM : _____ Exp. _____ (aaaa/mm)

Nom, prénom de la mère : _____

Installation : _____

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 : aaaa-mm-jj ☐ Non

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 liquidienne ☐ Autre : _____

Coopération aux soins

☐ Très coopérant ☐ Coopérant ☐ Peu coopérant ☐ Très peu coopérant ☐ Non coopérant

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 (Obligatoire de remplir le verso et suivre les indication**s)
_____

☐ **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

SECTION À REMPLIR LORSQUE LA PRIORITÉ P1-URGENT EST COCHÉE

☐ Voussure dans l'oropharynx ou au plancher de la bouche causant de la difficulté à avaler ou à respirer

☐ Enflure montant vers l'œil, descendant sous le menton ou causant un trismus

☐ Dent brisée causant une ulcération traumatique

☐ Dent très mobile avec risque d'aspiration

Infirmière : Contacter l'usager ou la personne autorisée et valider le consentement à l'extraction

- ☐ L'usager ou la personne autorisée comprend bien les risques d'aspiration possible
- ☐ Le consentement a été obtenu de: _____
- ☐ Le refus a été obtenu de : _____

(Si refus, veuillez changer la priorisation pour une priorité P2-Moins urgent).

☐ Importante douleur buccodentaire qui affecte les activités de la vie quotidienne, le sommeil ou le comportement

Détailler les symptômes avec précisions : _____

_____

_____

En l'absence des cinq critères mentionnés ci-haut, si le résident présente de la douleur aux gencives, veuillez-vous référer à votre guide illustré, section verte, et appliquer les recommandations (brossage quotidien, rince-bouche à la Chlorhexidine).

NOTE IMPORTANTE :

Veuillez nous faire parvenir des photos du visage ainsi que de l'intérieur de la bouche/du problème à pqsbhb.cisssmo16@ssss.gouv.qc.ca en mentionnant le CHSLD, le nom complet du résident ainsi qu'un numéro de téléphone et poste (si applicable) pour vous joindre.

L'autorisation écrite à la prise et à la transmission des photos doit avoir été obtenue au préalable auprès de l'usager ou de la personne autorisée à consentir. Cette autorisation doit être documentée au dossier ou consignée au formulaire d'autorisation AH-217.

L'équipe PQSBHB interviendra à la suite de la réception du courriel et des photos demandées.