

Formulaire de diagnostic pour l'examen médico-dentaire d'entrée

Résidente/résident :

Nom/Prénom : _____

Date de naissance : _____

Établissement médico-social : _____

Chambre : _____

Agent payeur : _____

Médecin :

Nom : _____

N° de tél. : _____

Personne de contact (famille, curateur) :

Nom : _____

N° de tél. : _____

Adresse de correspondance : _____

Le patient/la patiente est-il/elle en mesure de communiquer : oui non de manière limitée

Facteurs de risques médicaux :

 Maladies cardiaques Diabète Arthrite Maladie neurodégénérative Anticoagulation Autres médicaments importants : _____

Risques/mesures particuliers :

 Antiagrégant plaquettaire

Questions relatives à la santé bucco-dentaire

Pouvez-vous manger/mastiquer ?

- oui
 non
 limité

Avez-vous des douleurs ?

- oui
 non

Hygiène bucco-dentaire :

- autonome
 autonome, surveillé par l'infirmière/l'infirmier
 par l'infirmière/l'infirmier

Nombre d'interventions d'hygiène bucco-dentaire par jour : _____

Nombre de stimulations sucrées par jour : _____

Nombre de contacts au fluorure par jour : _____

Anamnèse médico-dentaire

Muqueuse orale : Candida albicans Autres : _____ Localisation : _____

Sécheresse buccale : oui non

Trouble de la

déglutition : aucun à léger → alimentation normale
 moyen → alimentation molle
 grave → consulter le médecin traitant

Halitose : marquée (au-delà de ce qui est socialement acceptable)

Status dentaire

Traiter																
Observer																
En ordre																
Diagnostic																
	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
	48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38
Diagnostic																
En ordre																
Observer																
Traiter																

Diagnosics : P (parodontite, péri-implantite), AP (abcès parodontal), C (carie), CR (carie radiculaire), F (fistule), PO (perte d'obturation), RR (reste radiculaire)

Traitements : Ex (extraction), Cons (conservateur), TR (traitement radiculaire), NA (nitrate d'argent), FDA (fluorure diamine d'argent)

- Maxillaire, prothèse totale Maxillaire, prothèse partielle
- Mandibule, prothèse totale Mandibule, prothèse partielle

Hygiène

Dents, maxillaire :

- bonne
 moyenne
 insuffisante

Dents, mandibule :

- bonne
 moyenne
 insuffisante

Prothèse, maxillaire :

- bonne
 moyenne
 insuffisante

Prothèse, mandibule :

- bonne
 moyenne
 insuffisante

État de la prothèse

État de la prothèse maxillaire :

- prothèse en ordre
 prothèse endommagée, peut directement être réparée
 dommages, doivent être réparés par le médecin-dentiste/technicien dentaire
 nouvelle prothèse nécessaire
 pas relevé

État de la prothèse mandibule :

- prothèse en ordre
 prothèse endommagée, peut directement être réparée
 dommages, doivent être réparés par le médecin-dentiste/technicien dentaire
 nouvelle prothèse nécessaire
 pas relevé

Mesures complémentaires

Mesures d'hygiène bucco-dentaire :

Soins d'hygiène bucco-dentaire sur place

Prescription de soins d'hygiène bucco-dentaire → formulaire supplémentaire

Instruction orale du personnel soignant : _____

Retrait de la prothèse pendant _____ jours _____ (maxillaire/mandibule)

Mesures thérapeutiques :

Particularités :	
Nom et adresse du cabinet :	
Médecin-dentiste référent :	
Courriel/numéro de téléphone :	
Tampon :	
Date et signature :	