

Prescription de soins d'hygiène bucco-dentaire

Nom/Prénom : _____

Nettoyage bouche/dents/prothèse

Date de naissance : _____



... uniquement par la personne aidante

Établissement médico-social : _____



... avec soutien

Chambre : _____



... possible de façon autonome

DIAGNOSTIC

MAXILLAIRE : prothèse amovible ?

oui

non

MANDIBULE : prothèse amovible ?

oui

non

PRESCRIPTION

Conservation de la prothèse la nuit :

dans la bouche

hors de la bouche

Nettoyage des dents	Nettoyage de la prothèse
<input type="checkbox"/> Brosse à dents manuelle 2x/jour	<input type="checkbox"/> Brosse pour prothèse
<input type="checkbox"/> Brosse à dents électrique 2x/jour	<input type="checkbox"/> Eau et savon neutre
<input type="checkbox"/> Nettoyage des espaces interdentaires 1x/jour	<input type="checkbox"/> Désinfection avec comprimés nettoyants ou de l'eau de javel diluée
Produit : _____	
Taille : _____	
<input type="checkbox"/> Dentifrice contenant du fluorure	<input type="checkbox"/> Nettoyage professionnel au laboratoire dentaire
<input type="checkbox"/> Dentifrice Duraphat 5000 ppm 1x/jour	
<input type="checkbox"/> Rinçage au fluorure ____x/semaine	
<input type="checkbox"/> Rinçage au chlorhexidine pour ____jours	
<input type="checkbox"/> Rinçage au bicarbonate 1x/jour	
<input type="checkbox"/> Gratte langue 1x/jour	

Sécheresse buccale : bain de bouche/spray buccal gel autres

Nettoyage dentaire professionnel tous les _____ mois

Prochain contrôle de santé bucco-dentaire : _____

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