

Mandat de soins Hygiéniste dentaire / Assistante en prophylaxie SSO

Nom/Prénom : _____

Date de naissance : _____

Établissement médico-social : _____

Chambre : _____

Nettoyage bouche/dents/prothèse

- ... uniquement par la personne aidante
- ... avec soutien
- ... possible de façon autonome

Prothèse :	<input type="checkbox"/>
Propres dents :	<input type="checkbox"/>

Hygiène bucco-dentaire :	<input type="checkbox"/> bonne	<input type="checkbox"/> suffisante	<input type="checkbox"/> insuffisante
Hygiène de la prothèse :	<input type="checkbox"/> bonne	<input type="checkbox"/> suffisante	<input type="checkbox"/> insuffisante

Mandat

Dents restantes : Nettoyage dentaire Traitement au fluorure

Nitrate d'argent/fluorure diamine d'argent

Prothèse : Nettoyage à ultrasons

Instruction d'hygiène bucco-dentaire résidents :

Instruction du personnel soignant : propres dents prothèse

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