



DT9324

DOSSIER D'HYGIÈNE DENTAIRE

Services dentaires offerts par la santé publique

Date	Année	Mois	Jour

Nom de l'enfant		N° de dossier	
Prénom de l'enfant			
N° d'assurance maladie		Année Mois	
		Expiration	
Date de naissance		Sexe	
Année Mois Jour		<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	
Adresse (N°, rue)			
Ville		Code postal	

1. Révision du questionnaire médical			
<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Précaution : _____			
2. Hygiène des dents			
<input type="checkbox"/> Bonne <input type="checkbox"/> Moyenne <input type="checkbox"/> Faible			
<input type="checkbox"/> Démonstration Note : _____			
3. Coopération de l'enfant			
<input type="checkbox"/> Coopératif <input type="checkbox"/> Non coopératif Note : _____			
4. Programme québécois pour prévenir et contrôler la carie de la petite enfance			
<input type="checkbox"/> Scellant VI haute viscosité, dentition temporaire en prévention secondaire sur les dents : _____			
Nett. des faces, cond. _____, VI _____, corps gras _____, soie, ajust.occl.			
<input type="checkbox"/> Application de vernis fluoré : _____			
Note: _____			
5. Programme québécois de scellants dentaire à l'école primaire et secondaire			
<input type="checkbox"/> Scellant VI haute viscosité : nett. des faces, cond. _____, VI _____, corps gras _____, soie, ajust.occl.			
<input type="checkbox"/> Scellant RC : nett. des surfaces (p.ponce), etch, résine : _____, soie, ajust.occl.			
16	<input type="checkbox"/> OM <input type="checkbox"/> OD <input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> C	26	<input type="checkbox"/> OM <input type="checkbox"/> OD <input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> C
		36	<input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> DB
17	<input type="checkbox"/> OM <input type="checkbox"/> OD <input type="checkbox"/> L	27	<input type="checkbox"/> OM <input type="checkbox"/> OD <input type="checkbox"/> L
		37	<input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> B
		46	<input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> DB
		47	<input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> B
Note: _____			
6. Besoin évident de traitement (BET)			
<input type="checkbox"/> Référence formelle externe pour un BET : _____			
<input type="checkbox"/> FDA, 1 goutte. Produit : _____ Dents et faces : _____			
7. Activité de suivi des scellants dentaires			
<input type="checkbox"/> Suivi de la qualité des résines conventionnelles		<input type="checkbox"/> Suivi de l'application des VI haute viscosité	
<input type="checkbox"/> Scellant adéquat			
<input type="checkbox"/> Scellant à corriger sur : _____			
<input type="checkbox"/> Scellant corrigé sur : _____			
Nom de l'hygiéniste dentaire		Signature de l'hygiéniste	

