



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	Année	Mois	Jour
			Sexe ☐ M ☐ F
Adresse (N°, rue)			
Ville		Code postal	

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

