



DT9446

## QUESTIONNAIRE SUR L'HISTOIRE ET LES ANTÉCÉDENTS BUCCODENTAIRES

À remplir à l'admission du résident en CHSLD

Numéro de dossier			
Nom du résident			
Prénom du résident			
Date de naissance	Année	Mois	Jour
			Sexe
			<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
N° d'assurance maladie		Année	
		Mois	
Expiration			
Ind. rég.	N° téléphone	Ind. rég.	N° téléphone (autre)

Histoire dentaire du résident	
1. Avez-vous un dentiste traitant?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Si oui, indiquez son nom :	
2. À quand remonte votre dernière visite chez le dentiste?	
<input type="checkbox"/> 0-1 an <input type="checkbox"/> 1-2 ans <input type="checkbox"/> Plus de 2 ans	
<b>Traitements reçus (spécifiez) :</b>	
• Nettoyage, détartrage	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
• Obturations dentaires	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
• Traitement de canal	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
• Couronne(s) ou pont(s)	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
• Prothèses complètes ou partielles	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
• Extractions dentaires	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
3. Avez-vous des dents naturelles?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
4. Indiquez si vous avez :	
• Une prothèse partielle du haut	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
• Une prothèse partielle du bas	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
• Une prothèse complète du haut	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
• Une prothèse complète du bas	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
• Des prothèses fixes (couronnes, ponts)	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
• Une prothèse fixe sur implants	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
• Une prothèse amovible sur implants	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
5. À quand remonte la confection de vos prothèses (si indiqué)?	
<input type="checkbox"/> 0-1 an <input type="checkbox"/> 1-5 ans <input type="checkbox"/> Plus de 5 ans	

Habitudes d'hygiène buccodentaire du résident	
1. À quelle fréquence brossez-vous vos dents ou vos prothèses?	
<input type="checkbox"/> 1 fois par jour <input type="checkbox"/> 2 fois et plus par jour	
<input type="checkbox"/> À l'occasion <input type="checkbox"/> Je ne sais pas	
2. Indiquez si vous utilisez :	
• La brosse à dents manuelle	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
• La brosse à dents électrique	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
• La brosse à prothèses	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
• Le dentifrice fluoré	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
• Le rince-bouche	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
• La soie dentaire	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
• Le nettoyant pour prothèses (Polident®)	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
• L'adhésif pour prothèses (Poligrip®)	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
3. Enlevez-vous vos prothèses la nuit (si indiqué)?	
<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	

Commentaires

Questionnaire rempli par :			Date		
Nom et prénom	Lien avec le résident	Signature	Année	Mois	Jour

Questionnaire révisé par :			Date		
Nom et prénom de l'infirmière	N° de permis	Signature	Année	Mois	Jour