



DT9324

DOSSIER D'HYGIÈNE DENTAIRE

Services dentaires préventifs rendus à l'école

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	

Date	Année	Mois	Jour

Nom de l'école		Numéro de groupe
Précautions médicales		Si oui, précisez :
<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		

Odontogramme														Légende
17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	
Droite													Gauche	
Lingual		55	54	53	52	51	61	62	63	64	65	Lingual		
		85	84	83	82	81	71	72	73	74	75			
Droite													Gauche	
47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	

1 Suivi dentaire préventif						
Rencontre : <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> Autre :						
1.1 Indice de plaque dentaire OHIS, qualité de l'hygiène dentaire						
16B (ou 55)	21B (22 ou 61 ou 62)	26B (ou 65)	36L (ou 75)	41B (42 ou 81 ou 82)	46L (ou 85)	Total
Excellente hygiène		Bonne hygiène		Hygiène moyenne		Hygiène pauvre
A (0 à 4)		B (5 à 9)		C (10 à 12)		D (13 à 18)
1.2 Évaluation du brossage des dents						
<input type="checkbox"/> Technique utilisée par l'enfant (précisez la technique, la durée du brossage, son niveau de dextérité et les problèmes observés) :						

<input type="checkbox"/> Technique enseignée à l'enfant (précisez la technique enseignée, les problèmes à corriger et, selon le cas, les améliorations observées) :						

<input type="checkbox"/> Démonstration en bouche <input type="checkbox"/> Démonstration sur dentoforme : _____						

Nom de l'utilisateur

N° de dossier

1.2 Évaluation du brossage des dents (suite)

- Actions auprès des parents, matériel remis à l'enfant :

1.3 Comportement de l'enfant (précisez) :

- Enfant coopératif Enfant non coopératif :

1.4 Application topique de fluorure (précisez) :

2 Besoin évident de traitement (BET)

- L'enfant présente un BET :
- au moins une carie c3/C3 ou c4/C4 au moins une obturation défectueuse avec exposition dentinaire
- un abcès dentaire de la douleur dentaire

- Parents informés de la situation et de l'importance de consulter un dentiste : _____

- Suivi (précisez) : _____

3 Application d'agents de scellement des puits et fissures

3.1 Évaluation du besoin de scellant dentaire

- L'enfant n'a pas besoin de scellant dentaire
- L'enfant a besoin d'un scellant dentaire sur la ou les dents suivantes (précisez les faces à sceller sur l'odontogramme) :

3.2 Application du scellant dentaire

- L'enfant a reçu un scellant dentaire sur la ou les dents suivantes (précisez les faces scellées sur l'odontogramme) :

3.3 Suivi de la qualité du scellant appliqué

- Scellant adéquat, aucune correction n'est nécessaire
- Scellant à corriger sur la ou les dents suivantes (précisez les faces à corriger sur l'odontogramme) :

- Scellant corrigé sur la ou les dents suivantes (précisez les faces corrigées sur l'odontogramme) :

Objectif pour la prochaine rencontre

Signature de l'hygiéniste

X

