



DT9448

ÉVALUATION DE LA SANTÉ BUCCODENTAIRE PAR L'INFIRMIÈRE 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)

Évaluation de la bouche												
À évaluer	Date			Année			Mois			Jour		
	Année	Mois	Jour	Année	Mois	Jour	Année	Mois	Jour	Année	Mois	Jour
Lèvres	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
Langue	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
Gencives et palais	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
Muqueuses joues et lèvres	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
Salive	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
Dents naturelles	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
<i>Présentes</i>	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non		<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non		<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non		<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	
Prothèses dentaires	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
<i>Présentes</i>	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non		<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non		<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non		<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	
Hygiène buccale	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
Douleur	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2

0 = sain : absence d'anomalie
1 = altération légère : présence d'une anomalie légère. Si zone ombragée, diriger le résident vers le dentiste pour un examen buccodentaire
2 = altération sévère : présence d'une anomalie sévère. Diriger le résident vers le dentiste pour un examen buccodentaire

Toujours donner les soins d'hygiène quotidiens de la bouche selon la carte de rappel appropriée.
Par contre, les résidents présentant à l'admission une ou plusieurs dents très mobiles (mobilité sévère) ou souffrant d'une importante douleur buccodentaire, avec ou sans enflure du visage, doivent voir le dentiste en urgence avant de recevoir les soins d'hygiène quotidiens de la bouche.

Appliquer les interventions suggérées pour les principaux problèmes de santé buccodentaire

<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
------------------------------	------------------------------	------------------------------	------------------------------	------------------------------	------------------------------	------------------------------	------------------------------

Diriger le résident vers le dentiste

<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
------------------------------	------------------------------	------------------------------	------------------------------	------------------------------	------------------------------	------------------------------	------------------------------

Plan thérapeutique infirmier (PTI)								
PTI déterminé, ajusté	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Note inscrite au dossier	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non

Infirmière			
Nom :	_____	_____	_____
Signature :	_____	_____	_____
Numéro de permis :	_____	_____	_____

Structure	0 = sain	1 = altération légère	2 = altération sévère
Lèvres	<ul style="list-style-type: none"> Roses Humides Lisses 	<ul style="list-style-type: none"> Rougeur aux coins des lèvres Sèches Gercées 	<ul style="list-style-type: none"> Régions rouges ou blanches ou ulcérées Enflure ou tuméfaction Régions ulcérées et sanguinolentes aux coins des lèvres
Langue	<ul style="list-style-type: none"> Rose Humide Normale 	<ul style="list-style-type: none"> Rouge, fissurée et brillante sans enflure Sèche Plaques sur une partie de sa surface Petit ulcère visible 	<ul style="list-style-type: none"> Enflure Plaques rouges ou blanches sur la majorité de sa surface Gros ulcère visible
Gencives et palais	<ul style="list-style-type: none"> Roses Humides Lisses Ne saignent pas 	<ul style="list-style-type: none"> Rougeur ou enflure localisée Secs Saignement localisé ou limité Plaques blanches, résidus ou couches sur une petite partie Présence d'un ulcère ou d'un point douloureux sous les prothèses 	<ul style="list-style-type: none"> Rougeur ou enflure généralisée Saignement généralisé ou abondant Plaques blanches, résidus ou couches sur une grande partie Présence de plusieurs ulcères sous les prothèses
Muqueuses des joues et des lèvres	<ul style="list-style-type: none"> Roses Humides Lisses 	<ul style="list-style-type: none"> Rougeur ou œdème localisé avec apparence brillante Sèches Résidus ou couches sur une petite partie Petit ulcère visible 	<ul style="list-style-type: none"> Plaques rouges ou blanches ou œdème généralisé Résidus ou couches sur une grande partie Gros ulcère visible
Salive	<ul style="list-style-type: none"> Abondante, aqueuse et fluide Tissus humides 	<ul style="list-style-type: none"> Peu de salive Tissus secs ou collants 	<ul style="list-style-type: none"> Peu ou pas de salive Tissus secs ou rouges Salive épaisse
Dents naturelles	<ul style="list-style-type: none"> Absence de caries évidentes Absence de dents brisées Absence de racines cariées ou brisées Absence de mobilité 	<ul style="list-style-type: none"> Présence d'une carie évidente Présence d'une dent brisée Présence d'une racine cariée Dent légèrement mobile 	<ul style="list-style-type: none"> Plusieurs caries évidentes Plusieurs dents brisées Plusieurs racines cariées ou brisées Dent très mobile
Prothèses dentaires	<ul style="list-style-type: none"> Intégrité de la structure d'acrylique ou de métal Intégrité des dents Bonne rétention et stabilité Prothèses identifiées 	<ul style="list-style-type: none"> Structure d'acrylique ou de métal brisée (bris mineur) Dent brisée ou perdue Mauvaise rétention ou stabilité avec ou sans lésions aux muqueuses, gencives, palais Prothèses non identifiées 	<ul style="list-style-type: none"> Structure d'acrylique ou de métal brisée (bris majeur) Plusieurs dents brisées ou perdues Ne porte pas la prothèse ou la prothèse est mal ajustée Porte la prothèse seulement avec l'utilisation d'un adhésif
Hygiène buccale	<ul style="list-style-type: none"> Absence de débris, d'aliments ou de tartre sur les dents ou les prothèses Bonne haleine 	<ul style="list-style-type: none"> Présence localisée de débris, d'aliments ou de tartre sur les dents ou les prothèses Mauvaise haleine perceptible lors de longues interactions 	<ul style="list-style-type: none"> Présence généralisée de débris, d'aliments ou de tartre sur les dents ou les prothèses Halitose (très mauvaise haleine)
Douleur	<ul style="list-style-type: none"> Pas de douleur ou de signes comportementaux, verbaux ou physiques de douleur orale 	<ul style="list-style-type: none"> Signes occasionnels de douleur buccale (physiques, verbaux ou comportementaux) 	<ul style="list-style-type: none"> Signes fréquents de douleur buccale (physiques, verbaux ou comportementaux)

Diriger le résident vers le dentiste pour un examen buccodentaire

Référence : J.M. CHALMERS et autres, "The Oral Health Assessment Tool – Validity and reliability", Australian Dental Journal, vol. 50, no 3, septembre 2005, p. 191-199.