

# Bilan bucco-dentaire d'entrée en établissement social ou médico-social

*Cet examen est à réaliser à l'entrée d'un nouveau résident dans l'établissement*



## Identité du patient

Nom : .....  
Prénom : .....  
Date de naissance : .....  
Etablissement : .....  
Date de l'examen : .....

**Cachet du dentiste**



## Son alimentation *(à remplir par l'établissement ou la famille avant la consultation)*

|                       |        |       |      |         |
|-----------------------|--------|-------|------|---------|
| Aide à l'alimentation | Oui    |       | Non  |         |
| Eau gélifiée          | Oui    |       | Non  |         |
| Mode d'alimentation   | Normal | Haché | Mixé | Liquide |



## Son autonomie *(à remplir par l'établissement ou la famille avant la consultation avec le chirurgien-dentiste)*

|                                 |     |     |
|---------------------------------|-----|-----|
| Brossage réalisé par le patient | Oui | Non |
|---------------------------------|-----|-----|



## Ses traitements en cours *(avec répercussion sur la salivation) (à remplir par l'établissement ou la famille avant la consultation avec le chirurgien-dentiste)*

- ☐ Oui  
☐ Non

Si oui, lesquels ?

.....  
.....



## Examen buccal *(à remplir par le chirurgien-dentiste)*

Lèvres → ☐ Normales ☐ Sèches ☐ Ulcérées

Gencives → Inflammation ☐ Non ☐ Oui : .....

Saignement ☐ Non ☐ Oui : .....

**Langue** —————> ☐ Normale ☐ Altérée : .....

**Goût** —————> ☐ Normal ☐ Altéré ☐ Métallique

**Salive** —————> ☐ Normale ☐ Diminuée ☐ Augmentée

**Prothèse(s) dentaire(s) haut** —————> ☐ Fixe(s)  
—> ☐ Amovible(s) —> ☐ Confortables  
—> ☐ Inconfortables  
—> ☐ Identifiées (gravage ou autre)

**Prothèse(s) dentaire(s) bas** —————> ☐ Fixe(s)  
—> ☐ Amovible(s) —> ☐ Confortables  
—> ☐ Inconfortables  
—> ☐ Identifiées (gravage ou autre)

**Hygiène bucco-dentaire** —————> ☐ Satisfaisante ☐ Insatisfaisante

## **Besoin de soins** *(à remplir par le chirurgien-dentiste)*

Si oui : 

|                                            |     |     |
|--------------------------------------------|-----|-----|
| <b>Le patient a-t-il besoin de soins ?</b> | Oui | Non |
|--------------------------------------------|-----|-----|

|                                                   |     |     |
|---------------------------------------------------|-----|-----|
| <b>Soins de gencives (détartrage / surfaçage)</b> | Oui | Non |
|---------------------------------------------------|-----|-----|

|                            |     |     |
|----------------------------|-----|-----|
| <b>Soins conservateurs</b> | Oui | Non |
|----------------------------|-----|-----|

|                           |     |     |
|---------------------------|-----|-----|
| <b>Soins chirurgicaux</b> | Oui | Non |
|---------------------------|-----|-----|

|                                      |     |     |
|--------------------------------------|-----|-----|
| <b>Besoins de soins prothétiques</b> | Oui | Non |
|--------------------------------------|-----|-----|

Si oui :

|                      |     |     |
|----------------------|-----|-----|
| <b>Prothèse fixe</b> | Oui | Non |
|----------------------|-----|-----|

|                          |     |     |
|--------------------------|-----|-----|
| <b>Prothèse amovible</b> | Oui | Non |
|--------------------------|-----|-----|

|                                   |     |     |
|-----------------------------------|-----|-----|
| <b>Rebasage prothèse amovible</b> | Oui | Non |
|-----------------------------------|-----|-----|

*(à remplir par le chirurgien-dentiste)*

## **Prescription soins du quotidien**

### **Hygiène bucco-dentaire**

Brossage des dents (dentifrice, brosse à dents) :

☐ personne autonome ☐ besoin d'aide ☐ par le soignant

Entretien des prothèses (brosse à prothèses, savon de Marseille) :

☐ personne autonome ☐ besoin d'aide ☐ par le soignant

Protocole personnalisé (bain de bouche, traitement, etc.) :

.....

.....

.....

### **Points d'attention particuliers au quotidien (si oui, préciser) :**

Dents ☐ Non ☐ Oui : .....

Prothèses ☐ Non ☐ Oui : .....

Muqueuses ☐ Non ☐ Oui : .....

Gencives ☐ Non ☐ Oui : .....

Langue ☐ Non ☐ Oui : .....

Lèvres ☐ Non ☐ Oui : .....

Autre ☐ Non ☐ Oui : .....

## **Les recommandations du chirurgien-dentiste**