

## Fiche de synthèse pour l'hygiène bucco-dentaire

Date :

N° de chambre :

Nom :

Fréquence : / jour

Prénom :

Horaire :

<b>Typologie du résident</b>	<input type="checkbox"/> Autonome <input type="checkbox"/> Autonomie partielle <input type="checkbox"/> Dépendant <input type="checkbox"/> Coopérant <input type="checkbox"/> Opposant	<input type="checkbox"/> Troubles de la déglutition <input type="checkbox"/> Capacité à rincer <input type="checkbox"/> Capacité à cracher
------------------------------	--	--

<b>Situation en bouche</b>	<p><b>Fixe</b></p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Dents</p> <p><input type="checkbox"/> Boutons pression</p> <p><input type="checkbox"/> Barres</p>	<p><b>Amovible (= à enlever et nettoyer)</b></p> <p><input type="checkbox"/> Prothèses complètes <input type="checkbox"/> supérieures <input type="checkbox"/> inférieures</p> <p><input type="checkbox"/> colle à prothèses</p> <p><input type="checkbox"/> Prothèses complètes avec boutons pression</p> <p><input type="checkbox"/> supérieures <input type="checkbox"/> inférieures</p> <p><input type="checkbox"/> Prothèses partielles à crochet</p> <p><input type="checkbox"/> supérieures <input type="checkbox"/> inférieures</p> <p><input type="checkbox"/> Autre :</p>
----------------------------	---	---

<b>Brossage</b>	<input type="checkbox"/> Contrôle uniquement <input type="checkbox"/> Brossage aidé <input type="checkbox"/> Brossage par les soignants <input type="checkbox"/> Compresse imbibée <input type="checkbox"/> Bain de bouche après brossage <input type="checkbox"/> Entretien des prothèses par le résident <input type="checkbox"/> Entretien des prothèses par les soignants	
-----------------	---	--

<b>Etat des muqueuses</b>	<input type="checkbox"/> Candidose / muguet <input type="checkbox"/> Autre :	
<b>Matériel</b>	<input type="checkbox"/> Brosse à dents manuelle <input type="checkbox"/> Brosse à dents électrique <input type="checkbox"/> Brosse pour prothèse <input type="checkbox"/> Boîte à prothèses <input type="checkbox"/> Haricot <input type="checkbox"/> Brossettes <input type="checkbox"/> Fil dentaire	<input type="checkbox"/> Bâtonnets mousse <input type="checkbox"/> Gros coton tiges <input type="checkbox"/> Compresse <input type="checkbox"/> Cale <input type="checkbox"/> Abaisse-langue avec compresse imbibée <input type="checkbox"/> Date du dernier changement de brosse : ...../...../...../

<b>Produits</b>	<input type="checkbox"/> Dentifrice fluoré : ..... <input type="checkbox"/> Gel fluoré : ..... <input type="checkbox"/> Gel antiseptique: ..... <input type="checkbox"/> Solution de rinçage désinfectante :..... <input type="checkbox"/> Savon doux : ..... <input type="checkbox"/> Colle adhésive : ..... <input type="checkbox"/> Pastille désinfectante pour prothèses : .....	<input type="checkbox"/> Vinaigre blanc dilué pour trempage des prothèses <input type="checkbox"/> Salive artificielle, gel humidifiant <input type="checkbox"/> Bains de bouche au bicarbonate de sodium <input type="checkbox"/> Corps gras sur les lèvres / stick pour les lèvres
-----------------	--	---

**Observations :**

---



---



---



---