

Santé bucco-dentaire - Fiche d'entrée en EMS

À faire remplir en priorité par le médecin-dentiste traitant du résident, si une visite dentaire a eu lieu ≤ 1 an avant l'entrée en EMS. Si tel n'est pas le cas, à faire remplir par le médecin-dentiste répondant de l'EMS, en collaboration avec l'équipe soignante qui remplit la partie liée au contexte nutritionnel.

Nom-prénom :

Date de l'examen :

EMS :

Référent en santé bucco-dentaire de l'EMS :

A remplir par l'équipe soignante

Participation du résident

Coopération OUI NON

Compréhension OUI NON

Aptitude cognitive à réaliser son entretien de bouche OUI NON

Aptitude physique à réaliser son entretien de bouche OUI NON

A remplir par l'équipe soignante

Contexte nutritionnel	
1) Problèmes neuropsychologiques 0 : Démence/dépression sévère 1 : Démence légère 2 : Pas de problème psychologique	<input type="checkbox"/>
2) Maladie aigüe ou stress psychologique dans les trois derniers mois 0 : Oui 1 : Non	<input type="checkbox"/>
3) Motricité actuelle 0 : Du lit au fauteuil 1 : Autonome à l'intérieur 2 : Sort du domicile	<input type="checkbox"/>
4) Le patient présente-il une perte d'appétit ? (A-t-il mangé moins par manque d'appétit, problèmes digestifs ou de déglutition?) 0 : Anorexie sévère 1 : Anorexie modérée 2 : Pas d'anorexie	<input type="checkbox"/>
5) Perte de poids récente (< 3 mois) 0 : > 3 kg 1 : Ne sait pas 2 : 1 à 3 kg 3 : Aucune	<input type="checkbox"/>
6) Poids (kg) 7) Taille (cm)	
8) Indice de masse corporelle $IMC = \frac{\text{poids}}{\text{taille}^2}$ (poids en kg ; taille en m) 0 : $IMC < 19$ 1 : $19 \leq IMC < 21$ 2 : $21 \leq IMC < 23$ 3 : $IMC \leq 23$	<input type="checkbox"/>
(additionner les scores des items) TOTAL	<input type="checkbox"/>
12 points ou plus : normal 11 points ou moins : possibilité de malnutrition, bilan doit être fait avec le médecin traitant	

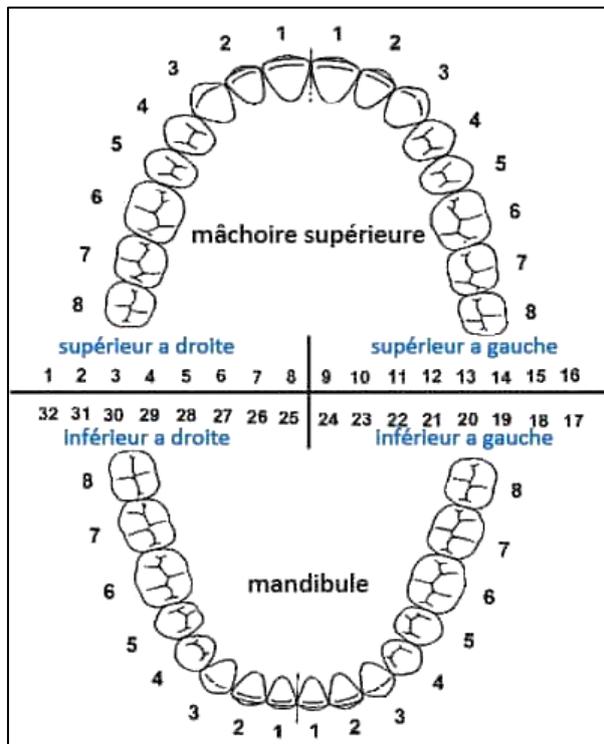
A remplir par le médecin dentiste traitant ou le médecin dentiste répondant

<p>Contexte oral</p> <p>État dentaire</p> <p><input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Dégradé</p> <p>Capacité Masticatoire</p> <p><input type="checkbox"/> Normal (- de 3 dents absentes non remplacées)</p> <p><input type="checkbox"/> Altérée (- de 9 dents absentes non remplacées)</p> <p><input type="checkbox"/> Difficile (+ de 9 dents absentes non remplacées)</p> <p>Préparation de la nourriture</p> <p><input type="checkbox"/> Hachage au couteau <input type="checkbox"/> Hachage fin</p> <p><input type="checkbox"/> Mixage <input type="checkbox"/> Texture modifiée <input type="checkbox"/> Liquide</p> <p>Besoin de soins</p> <p><input type="checkbox"/> Détartrage <input type="checkbox"/> Soins conservateurs <input type="checkbox"/> Soins prothétiques <input type="checkbox"/> Extractions <input type="checkbox"/> Autres :</p>	<p>Recommandations du médecin-dentiste (Hygiène et suivi bucco-dentaire)</p> <p>Brossages des dents (dentifrice, brosse à dents)</p> <p><input type="checkbox"/> Personne autonome <input type="checkbox"/> Besoin d'aide</p> <p><input type="checkbox"/> Par le soignant</p> <p>Entretien des prothèses (brosse à prothèse, savon de Marseille)</p> <p><input type="checkbox"/> Personne autonome <input type="checkbox"/> Besoin d'aide</p> <p><input type="checkbox"/> Par le soignant</p> <p>Protocole personnalisé (bain de bouche, traitement, etc.)</p> <p>Descriptif:</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
---	--

A remplir par le médecin-dentiste répondant

<p>Bilan à prévoir :</p> <p><input type="checkbox"/> 3 mois</p> <p><input type="checkbox"/> 6 mois</p> <p><input type="checkbox"/> 9 mois</p> <p><input type="checkbox"/> 1 an</p>	<p>Nom du médecin-dentiste traitant :</p>
--	---

A remplir par le médecin-dentiste répondant



A remplir par le médecin-dentiste répondant

État dentaire

Caries

Oui Non

Dent.s cassée.s : (préciser laquelle / lesquelles)

Dent.s manquante.s : (à biffer sur le schéma)

Reste.s radicaire.s : (préciser laquelle / lesquelles)

Prothèses : (à dessiner sur le schéma)

Adaptées : Oui Non

État gingival :

Dépôts : Oui Non

Commentaires :

Historique :

Date du dernier contrôle chez le médecin-dentiste traitant : ... /... /...

Date du dernier contrôle par l'hygiéniste dentaire : ... /... /...

Date de la dernière radiographie : ... /... /...

Observations :
