

DOSSIER D'HYGIÈNE DENTAIRE
Services dentaires préventifs rendus à l'école

Établissement :														
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 C : Lésion carieuse FAS : Face à sceller FS : Face scellée SD : Scellant défectueux OA : Obturation amalgame OC : Obturation composite OD : Obturation défectueuse
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 :

Site :
Dossier:

1.2 Évaluation du brossage des dents (suite)	
<input type="checkbox"/> Actions auprès des parents, matériel remis à l'enfant : _____ _____	
1.3 Comportement de l'enfant (précisez) :	
<input type="checkbox"/> Enfant coopératif : <input type="checkbox"/> Enfant non coopératif : _____ _____	
1.4 Application topique de fluorure (précisez) : _____ _____	
2 Besoin évident de traitement (BET)	
<input type="checkbox"/> L'enfant présente un BET : <input type="checkbox"/> au moins une carie c3/C3 ou c4/C4 <input type="checkbox"/> au moins une obturation défectueuse avec exposition dentinaire <input type="checkbox"/> un abcès dentaire <input type="checkbox"/> de la douleur dentaire	
<input type="checkbox"/> Parents informés de la situation et de l'importance de consulter un dentiste : _____	
<input type="checkbox"/> Suivi (précisez): _____ _____	
3 Application d'agents de scellement des puits et fissures	
3.1 Évaluation du besoin de scellant dentaire	
<input type="checkbox"/> L'enfant n'a pas besoin de scellant dentaire	
<input type="checkbox"/> 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	
<input type="checkbox"/> 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	
<input type="checkbox"/> Scellant adéquat, aucune correction n'est nécessaire	
<input type="checkbox"/> Scellant à corriger sur la ou les dents suivantes (précisez les faces à corriger sur l'odontogramme) : _____	
<input type="checkbox"/> 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

