

GRILLE D'ÉVALUATION DE L'ÉTAT BUCCO-DENTAIRE ET PROTHÉTIQUE

IDENTITÉ DE LA PERSONNE

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

Service / Chambre :

Date de l'évaluation

Noms, prénoms,
qualités des évaluateurs

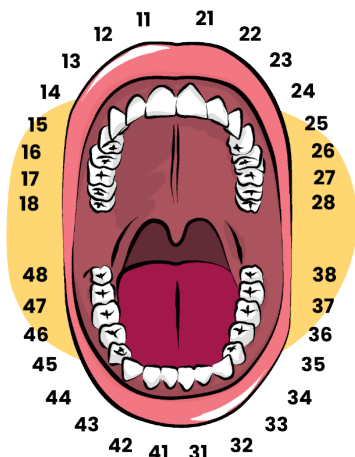
Type d'évaluation

Initiale ☐

De suivi (au minimum tous les 6 mois) ☐

DENTS PRÉSENTES

Barrer les dents absentes / entourer les dents abîmées
(cariées, cassées, à l'état de racine...)



- ☐ Aucune dent abîmée
(cariée, cassée,
à l'état de racine...)
- ☐ ≤ 3 dents abîmées
- ☐ ≥ 4 dents abîmées

PROTHÈSES DENTAIRES AMOVIBLES

Prothèse amovible du HAUT :

- ☐ NON
- ☐ OUI → ☐ Partielle ☐ Complète
→ Cassée ? : ☐ OUI ☐ NON
- La prothèse est-elle portée ? ☐ OUI ☐ NON

Prothèse amovible du BAS :

- ☐ NON
- ☐ OUI → ☐ Partielle ☐ Complète
→ Cassée ? : ☐ OUI ☐ NON
- La prothèse est-elle portée ? ☐ OUI ☐ NON

**Il est recommandé de faire des photos des appareils
et de les mettre dans le dossier de la personne**

La personne a consulté un chirurgien-dentiste
dans les 12 derniers mois ?

☐ NON ☐ OUI Dr Ville :

Niveau d'autonomie de la personne dans
la réalisation de la toilette buccale ?

☐ Autonome ☐ Partiellement autonome ☐ Non autonome

Risque de fausse route ? (Avis médecin)

☐ NON ☐ OUI

Risque d'opposition à la toilette buccale ?

☐ NON ☐ OUI

Matériel de la personne

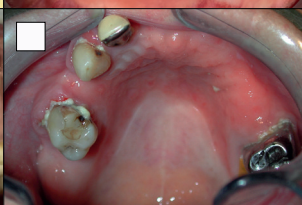
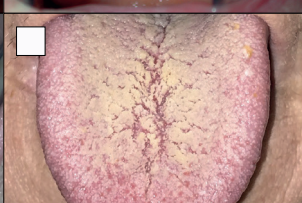
☐ Brosse à dents
Type : ☐ Dentifrice
Type : ☐ Brosse à prothèse ☐ Boîte à prothèse

Autre :

Fréquence par jour et moments identifiés
pour la toilette buccale

Porte la/les prothèses dentaires amovibles la nuit :

☐ NON ☐ OUI

	SAIN = 0	MODIFICATION = 1	NON SAIN = 2	Actions spécifiques
LÈVRES	☐ 	☐ 	☐ 	Si 1 ou 2 : mesures spécifiques (cf Guide) et prendre l'avis du médecin
LANGUE	☐ 	☐ 	☐ 	Si 1 ou 2 : mesures spécifiques (cf Guide) et prendre l'avis du médecin
GENCIVES	☐ 	☐ 	☐ 	Si 1 ou 2 : réévaluer le protocole de toilette buccale et prendre l'avis du médecin et du chirurgien-dentiste
PALAIS MUQUEUSES	☐ 	☐ 	☐ 	Si 1 ou 2 : réévaluer le protocole de toilette buccale et prendre l'avis du médecin et du chirurgien-dentiste
SALIVE	☐ 	☐ 	☐ 	Si 1 ou 2 : prendre l'avis du médecin
DENTS NATURELLES	☐ 	☐ 	☐ 	Si 1 ou 2 : réévaluer le protocole de toilette buccale et prendre l'avis du chirurgien-dentiste
PROTHÈSES DENTAIRES AMOVIBLES	☐ 	☐ 	☐ 	Si 1 ou 2 : prendre l'avis du chirurgien-dentiste
HYGIÈNE BUCCALE	☐ 	☐ 	☐ 	Si 1 ou 2 : réévaluer le protocole de toilette buccale et prendre l'avis du chirurgien-dentiste
DOULEURS	☐ Aucune douleur	☐ Douleur intermittente ou douleur en mangeant	☐ Douleur constante	Si 1 ou 2 : prendre l'avis du médecin et du chirurgien-dentiste

Remarques / compléments