

**OUTIL D'ÉVALUATION DE LA SANTÉ DENTAIRE POUR RÉSIDENCE DE PERSONNES AGÉES**

 Résident : \_\_\_\_\_  
 Date: \_\_\_\_\_

 Évaluation en admission  Évaluation annuelle  Évaluation de suivi 1  2  3 
**NOTE:** Une étoile\* et un souligné indique qu'on doit référer à un professionnel de la santé buccale (dentiste, hygiéniste dentaire, denturologiste)

Catégorie	0= SAIN	1= ALTÉRATIONS	2= MALSAIN	Pointage	Action nécessaire	Action complétée
<b>Lèvres</b>	Lisses, roses, humides	Sèches, gercées ou rouges aux commissures	<u>Enflure ou tuméfaction, régions ulcérées/blanches/rouges: saignantes/ulcérées dans les commissures*</u>		1= intervention 2= consulter	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
<b>Langue</b>	Normale, humide, rose	Plaque, fissure, rouge, chargée	<u>Plaque rouge et /ou blanche, ulcérée, enflée*</u>		1= intervention 2= consulter	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
<b>Gencives &amp; tissus</b>	Roses, humides, lisses, ne saignent pas	<u>Secs, luisants, rudes, rouges, enflés autour de 1 ou 6 dents, un ulcère ou un point douloureux sous la prothèse*</u>	<u>Enflés, saignants autour de 7 dents ou plus, dents mobiles, ulcères et ou plaques blanches, rougeur généralisée et ou sensible*</u>		1 ou 2 = consulter	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
<b>Salive</b>	Tissu humide, salive abondante	Sèche, tissu collant, peu de salive, résident pense qu'il a la bouche sèche	<u>Tissu sec et rouge, peu ou pas de salive présente; salive épaisse, cordée, plaintes que la bouche est sèche*</u>		1= intervention 2= consulter	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
<b>Dents naturelles</b> <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	Absence de caries ou de dents brisées/racines	<u>1 à 3 caries ou dents brisées/racines*</u>	<u>4 dents ou plus cariées ou brisées, racines ou dents très usées ou moins de 4 dents et aucune prothèse*</u>		1 ou 2 = consulter	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
<b>Prothèses dentaires</b> <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	Aucune dent ou structure endommagée, prothèses à usure régulière et identifiées	Un morceau de la structure ou 1 dent brisée, prothèses portées 1 ou 2 h par jour ou sans identification	<u>1 dent brisée ou plus, structure brisée ou ne porte pas, elles sont mal ajustée, ou porte seulement avec de l'adhésif*</u>		1= intervention 2= consulter	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
<b>Propreté de la bouche</b>	Propre, aucun débris d'aliments ou de tartre sur les dents ou prothèses	Particules d'aliments / tartre/débris dans 1 ou 2 endroits dans la bouche ou sur les prothèses; parfois mauvaise haleine	<u>Particules de nourriture, tartre, débris dans presque toute la bouche ou sur presque toutes les parties de la/les prothèse(s), halitose (très mauvaise haleine)*</u>		1= intervention 2= consulter	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
<b>Douleur buccale</b>	Pas de signe verbal ou physique de malaise	<u>Signes de malaise verbalisés ou de conduite : c.-à-d. tirer sur la face, mordre les lèvres, refus de s'alimenter, agression *</u>	<u>Signes physiques c.-à-d. enflure de la joue ou de la gencive, dents brisées, ulcères, abcès et signes verbalisés et ou de conduite détectant un malaise*</u>		1 ou 2 = consulter	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON

**Complété par:** \_\_\_\_\_

**SUIVI:** 1) Plan d'hygiène dentaire **à jour** -  Oui  Non  
 Date: \_\_\_\_\_  
 2) OÉSD à **répéter** -  dans un an  
 en date \_\_\_\_\_

**CONSULTATION :** a) Consulter un professionnel dentaire  Oui  Non  
 b) Consultation **faite**  Oui (rendez-vous date : \_\_\_\_\_)  Non  
 c) Consultation **refusée** par résident/famille/gardien  Oui  
**Raison du refus :** \_\_\_\_\_  
**Signature** \_\_\_\_\_

**(OHAT Tool, Chalmers 2004)**

Cette version est basée sur les modifications du Département de Santé de la Région de Halton (2007)

© Dalhousie University 2018

**brushingup.ca**

