

PLAN D'HYGIÈNE BUCCO-DENTAIRE pour PERSONNES ÂGÉES

Résident :

Personne qui remplit la fiche :

Date :

Dentiste :

de téléphone du dentiste :

Date du dernier rendez-vous dentaire :

Date de

révision du plan d'hygiène dentaire :

Évaluation des prothèses : <i>(veuillez encercler)</i>	DU HAUT	COMPLÈTE PARTIELLE NE PORTE PAS SANS PROTHÈSE Nom sur la prothèse: Oui Non	Niveau d'assistance (veuillez encercler) Entretien de la prothèse : Indépendant(e) un peu d'assistance complètement dépendant(e)	
	DU BAS	COMPLÈTE PARTIELLE NE PORTE PAS SANS PROTHÈSE Nom sur la prothèse: Oui Non		
Évaluation des dents naturelles : <i>(veuillez encercler)</i>	DU HAUT	OUI NON Racines présentes	Entretien des dents: Indépendant(e) un peu d'assistance complètement dépendant(e)	
	DU BAS	OUI NON Racines présentes		
Interventions pour les soins de santé bucco-dentaire <i>(cochez tout ce qui s'applique et indiquez la fréquence des interventions au besoin)</i>	<input type="checkbox"/> Tige dentaire..... <input type="checkbox"/> a.m. <input type="checkbox"/> p.m. <input type="checkbox"/> Brosse à dents électrique <input type="checkbox"/> a.m. <input type="checkbox"/> p.m. <input type="checkbox"/> Brosse à dents à succion <input type="checkbox"/> a.m. <input type="checkbox"/> p.m. <input type="checkbox"/> Brosse à dents régulière <input type="checkbox"/> a.m. <input type="checkbox"/> p.m. <input type="checkbox"/> Utilise 2 brosses à dents... <input type="checkbox"/> a.m. <input type="checkbox"/> p.m. <input type="checkbox"/> Brosse à dents interproximale/soie dentaire. <input type="checkbox"/> a.m. <input type="checkbox"/> p.m. <input type="checkbox"/> Dentifrice régulier <input type="checkbox"/> a.m. <input type="checkbox"/> p.m. <input type="checkbox"/> N'utilise pas de dentifrice <input type="checkbox"/> Nettoyer prothèse(s)/avec brosse à prothèse... <input type="checkbox"/> a.m. <input type="checkbox"/> p.m. <input type="checkbox"/> Tremper prothèse(s)/ toute la nuit dans l'eau avec une pastille <input type="checkbox"/> Nettoyer bain à prothèse(s) une fois par semaine <input type="checkbox"/> Produits pour la bouche sèche nécessaire _____ <input type="checkbox"/> Vernis fluoré et autres produits au fluorure (Rx par dentiste ou médecin) <input type="checkbox"/> Rince-bouche à la chlorexidine (Rx par dentiste ou médecin) <input type="checkbox"/> Autre:		Obstacle s régulier s à l'hygiène buccale (cochez tout ce qui s'applique)	<input type="checkbox"/> Oublie ses soins d'hygiène buccale <input type="checkbox"/> Refuse ses soins d'hygiène buccale <input type="checkbox"/> Refuse d'ouvrir la bouche <input type="checkbox"/> Ne peut suivre les directives <input type="checkbox"/> Agressif /coups de pied/ frappe <input type="checkbox"/> Mord la brosse à dents et/ou personnel <input type="checkbox"/> Ne peut avaler normalement <input type="checkbox"/> Ne peut rincer / cracher <input type="checkbox"/> Grince constamment / mâche <input type="checkbox"/> Tête baissée constamment / bouge <input type="checkbox"/> N'enlève pas les prothèses la nuit <input type="checkbox"/> Problèmes de dextérité/ arthrite <input type="checkbox"/> Requier une assistance financière <input type="checkbox"/> Autre:

(Modifié de Chalmers, 2004)