

Nom : ..... Prénom : .....

**ETAT DENTAIRE**

**Plaque bactérienne**

- Absente
- Peu étendue (améliorer brossage)
- Très étendue

**Tartre**

- Absent
- Peu abondant, détartrage à prévoir
- Abondant, détartrage urgent

**Gingivite**

- Absente
- Peu étendue : amélioration souhaitable de l'hygiène buccale
- Étendue : consultation dentaire souhaitable

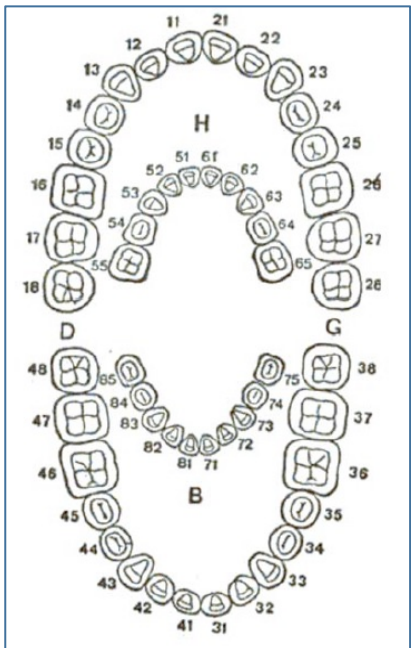
**Lésions parodontales**

- Ras
- Poches parodontales < ou égales à 3mm
- Poches supérieures à 3 mm
- Mobilité dentaire

**Dents de sagesse**

- Sur l'arcade
- Enclavées ou en désinclusion
- Incluse
- Extraites

**S** : Saine  
**C** : Cariée  
**O** : Obstruée  
**A** : Absente  
**F** : Présente un foyer  
**D** : Dépulpée  
**I** : Incluse



**ANOMALIES DENTO-MAXILO-FACIALES**

**Orthodontie**

- Ras
- Surveillance conseillée
- Traitement orthodontique à prévoir

**Coefficient masticatoire – prothèse**

- Ras
- Coefficient masticatoire insuffisant
- Réhabilitation prothétique à prévoir

**TROUBLE DE L'ARTICULÉ TEMPORO-MANDIBULAIRE**

- Ras
- Avec douleur
- Sans douleur
- Avec claquement
- Limitation d'ouverture buccale (<3doigts)

**EXAMEN OCCLUSAL**

- Ras
- Bruxisme
- Occlusion croisée
- Béance antérieure
- Latérodéviations mandibulaires
- Surplomb horizontal >6-7mm
- Prématunités

**SUIVI BUCCO-DENTAIRE**

- L'état bucco-dentaire ne nécessite pas de soin
- L'état bucco-dentaire nécessite les soins suivants : .....
- Je confirme que les soins décrits ci-dessus sont en cours ou programmés

DATE : .. / .. / ..

**IDENTIFICATION ET SIGNATURE DU PRATICIEN**