



Evaluation bucco-dentaire à domicile

Nom : _____ Prénom : _____ Age : _____ Date : _____ Evalueur : _____

1. Avez-vous des problèmes pour mâcher, des douleurs dans la bouche ?

Oui Non

Commentaires : _____

2. Portez-vous un appareil dentaire (une prothèse) ?

Oui Non

Si oui : Appareil partiel Haut Bas
Appareil total Haut Bas

Si non : Pas de dent manquante

Edentation partielle Edentation totale

3. La prothèse est-elle portée ?

Oui Non

Si non, pourquoi : _____

4. Vous brossez-vous les dents ?

Oui Non

Demander à la personne d'aller chercher sa brosse à dents ou d'indiquer où elle se trouve

Commentaires : _____

5. Avez-vous un suivi dentaire ?

Oui Non

Si oui, noter les coordonnées du dentiste référent :

NOM : _____ Prénom : _____

Adresse : _____

Date de la dernière consultation : ____ / ____ / ____

CONCLUSIONS
