

Suivi bucco-dentaire en EMS

version 1 - 2024

Check-list 1/1

En savoir plus :
www.cpias-grand-est.fr

NOM , Prénom du résident :

Date de naissance :

1ère évaluation réalisée à l'entrée, le : __/__/__ par :

Fonction : Médecin Infirmier Autre (préciser) :

Qui?/Quoi?	Suivi	Alertes !
<ul style="list-style-type: none"> Participation du résident / famille 	<ul style="list-style-type: none"> Résident coopérant : oui non Résident autonome : oui non Participation de la famille : oui non 	
<ul style="list-style-type: none"> Lèvres 	<ul style="list-style-type: none"> Humides Sèches Saignement Autres (préciser) : 	<ul style="list-style-type: none"> Toute anomalie, demander un avis médical
<ul style="list-style-type: none"> Muqueuses (joues, palais) 	<ul style="list-style-type: none"> Présence de lésion(s) : oui non Autres (préciser) : 	<ul style="list-style-type: none"> Si oui, avis dentiste
<ul style="list-style-type: none"> Gencives 	<ul style="list-style-type: none"> Douleurs : oui non Couleur: rose rouge vif = inflammation Autres (préciser) : 	<ul style="list-style-type: none"> Si douleurs, saignements ou inflammation, avis médical
<ul style="list-style-type: none"> Langue 	<ul style="list-style-type: none"> Normale Dépôts blancs/jaunes Autres (préciser) : 	<ul style="list-style-type: none"> Si lésion anormale présente depuis plus de deux semaines, avis dentiste
<ul style="list-style-type: none"> Dents 	<ul style="list-style-type: none"> Toutes présentes Partiellement présentes Absentes en totalité Douleurs Autres (préciser) : 	<ul style="list-style-type: none"> Si douleur, abcès, mobilité, avis dentiste
<ul style="list-style-type: none"> Prothèses dentaires 	<ul style="list-style-type: none"> Oui <ul style="list-style-type: none"> Nombres : Non 	<ul style="list-style-type: none"> Si doléance, avis dentiste

Qui?/Quoi?	Suivi	Alertes !
<ul style="list-style-type: none"> Déglutition 	<ul style="list-style-type: none"> Normale Troubles de la déglutition Autres (préciser) : 	<ul style="list-style-type: none"> Si troubles, être vigilant lors des soins (voir fiches techniques)
<ul style="list-style-type: none"> Hygiène bucco-dentaire à l'entrée 	<ul style="list-style-type: none"> Satisfaisante Insuffisante Non évaluable 	<ul style="list-style-type: none"> Planifier le suivi des soins

Bilan :

Avis chirurgical dentiste souhaité : oui non

Soins bucco-dentaire :

- Résidents autonomes
- Aide partielle
- Aide totale

Suivi bucco-dentaire :

NOM, et coordonnées du chirurgien dentiste :



Prévoir un rendez-vous bucco-dentaire à minima 1 fois/an

Réévaluation	<p>Réévaluer l'état bucco-dentaire à chaque brossage</p> <p>Si lésions, abcès, saignements, inconfort, problème d'adaptation de la prothèse</p> <p>Changement de comportement alimentaire pouvant être expliqué par l'état bucco-dentaire</p> <p>= prévoir une consultation bucco-dentaire</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Transmissions écrites et observations dans le dossier du patient/résident 	
<ul style="list-style-type: none"> • <u>membres groupes de travail</u> : Carole Etiennot, Cadre supérieur de santé, pôle odontologie CHU Reims; Dr Robert Mlinarevic, Odontologiste, chirurgie orale, CHU Reims; Sophie Thierry, IMH Diaconnat Mulhouse; Maryse Colson, IMH UNEOS; Carole Dumas, IBODE PCI, CPias GE; Marina Pereira-Colot, IDE PCI, CPias GE. • <u>relecture</u> : CPias Grand Est; Séverine Noir-Mansuy, PH Hygiéniste, EOH CHU Reims. 	