

Nom : ..... Prénom : .....

### ÉTAT 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

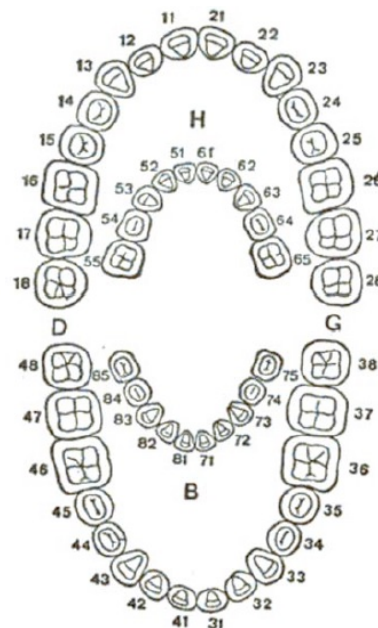
#### Lésions parodontales

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

#### Dents de sagesse

- ☐ Sur l'arcade ☐ Enclavées ou en désinclusion ☐ Incluses ☐ 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'ARTICULE TEMPORO-MANDIBULAIRE

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

### EXAMEN OCCLUSAL

- ☐ Ras ☐ Bruxisme ☐ Occlusion croisée  
☐ Béance antérieure ☐ Latérodéviation mandibulaire  
☐ 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 : .....  
.....

DATE : . . / . . / . . .

IDENTIFICATION ET SIGNATURE DU PRATICIEN