



Évaluation 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. Présence d'une brosse à dents ? (Chercher à voir la brosse à dents)

Oui Non ?

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 : ____ / ____ / ____

► Au total

Compte tenu de la situation globale, considérez-vous que l'état bucco-dentaire de la personne constitue un « problème non résolu » (risque de rupture du maintien à domicile, risque d'aggravation de la perte d'autonomie ...) ?

Oui Non ?

Commentaires : _____