

Conseils pour l'utilisation du Bilan bucco-dentaire

En cliquant sur le logo **Bilan bucco-dentaire** vous avez automatiquement téléchargé ce document sur le bureau de votre ordinateur.

1. Imprimez-le sur votre imprimante.
2. Remplissez-le manuellement.
3. Scannez-le au **format PDF** et en **200 dpi uniquement**. Le non-respect de cette procédure peut entraîner le non-fonctionnement du téléversement.
4. Enregistrez-le sous une identité compréhensible (vos nom et prénoms par exemple) sur le bureau de votre ordinateur.
5. A la page **Votre consultation**, rubrique **Téléversement des formulaires**, procédez comme suit :
 - remplissez les cases **Nom (requis)**, **Email (requis)** ;
 - cliquez sur la case **Parcourir** de la ligne correspondante et cliquez sur votre fichier qui se trouve sur le bureau de votre ordinateur (cf § 5) ;
 - cliquez sur la case **Envoyer**.

Votre bilan bucco-dentaire se trouve page suivante.

Docteur Eric KIENER

Mob. : +41 76 570 23 33

contact@docteur-kiener.ch

RCC : Q994022 - GLN 760 1002 874 632

NOM :

PRÉNOM : DATE :

ORDONNANCE POUR UN BILAN BUCCO-DENTAIRE

Veillez faire remplir ce document par votre praticien dentaire qui pourra l'annoter selon ses désirs.

1 - OUVERTURE ET FERMETURE BUCCALE, OCCLUSION

- | | | | |
|---|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> normale | <input type="checkbox"/> halitose | <u>Occlusion (articulé)</u> | <u>A.T.M.</u> |
| <input type="checkbox"/> limitation | <input type="checkbox"/> acouphènes | <input type="checkbox"/> normale | <input type="checkbox"/> craquement D <input type="checkbox"/> G |
| <input type="checkbox"/> douleur | <input type="checkbox"/> sifflements | <input type="checkbox"/> classe I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III | <input type="checkbox"/> luxation D <input type="checkbox"/> G |
| <input type="checkbox"/> contracture des mâchoires | <input type="checkbox"/> déglutition atypique | <input type="checkbox"/> bruxisme | <input type="checkbox"/> zone d'abrasion |
| <input type="checkbox"/> absence de calage postérieur | <input type="checkbox"/> asymétrie | <input type="checkbox"/> surroclusion | <input type="checkbox"/> test en kinésiologie |
| <input type="checkbox"/> symétrie des contractions des masséters et temporaux | | <input type="checkbox"/> perte de la dimension verticale | <input type="checkbox"/> déviation D <input type="checkbox"/> G |
| | | | <input type="checkbox"/> limitation rotation D <input type="checkbox"/> G |

2 - ADENOPATHIES

- douloureuses sans douleur localisation :

3 - EXAMEN ENDO-BUCCAL

• MUQUEUSE

- linguale empreinte dentaire
 saine microkyste
 dépapillée aphtes
 candidose kératose
 scrotale brides cicatricielles
jugale anomalies du frein
 saine zone traumatisée
 lésion
 pâleur
 œdématisée

• ENDUIT LINGUAL

- blanc noir
 jaune autres

• DENTURE

- dents extraites dents incluses
 dents mobiles malposition
 agénésie fêlures
 dents cariées mylolyse collet
 sensibilité au froid au chaud
 à la percussion abrasion
 phase carieuse phase non carieuse

• PARODONTE

- tartre supra gingival tartre sous-gingival
 tartre noir plaque dentaire
 inflammation gingivale
 insuffisance de gencive attachée
 poches infectées poches non infectées

• SALIVE

- normale abondante
 rare visqueuse
 purulente pH
 fluide mousseuse
 anomalie des orifices salivaires

• INTOLÉRANCE AUX MÉTAUX

- sensation de courant électrique mise en évidence par tests allergologiques
 allergie au nickel-chrome – cutanée ou muqueuse par analyses d'urines par tests kinésiologiques autres tests
 sensation du goût métallique par analyse de cheveux mesures électriques
 présence de corrosion tatouage gingival

4 - DENTS RÉFLEXOGÈNES, DENTS CIBLES/DENTS SOURCES (pour les praticiens habitués)

- par examen kinésiologique par les réflexes du pouls par d'autres techniques
 par mesure des courants galvaniques dus aux différents métaux en bouche et dus à l'abrasion des amalgames, en précisant le type d'appareil de mesure.

5 - MERCI DE REMPLIR ET ANNOTER LE CROQUIS SITUÉ AU DOS EN UTILISANT, SI VOUS LE DÉSIREZ, LES CODES PROPOSÉS CI-DESSOUS EN REGARD DE LA RÉGION CONCERNÉE

IMAGES APICALES

- EXTRA DENTAIRE : kyste des maxillaires, déminéralisation, condensation osseuse.

(les noter) :

- EN REGARD DE LA DENT : épaissement lamina dura, ostéite, kyste, lésion apicale, images inter-radicales.

COURONNE - adjointe : résine métal non précieux métal précieux résine composite

PROTHÈSE conjointe : or blanc or jaune sans métal céramique sur or céramique métal céramique sur métal non précieux

MOIGNON : amalgame résine screwpost **MOIGNON sous couronne** : amalgame autres

TENON : métal fibre de carbone **STADE CARIEUX** : 1 2 3

PRÉSENCE DE : pont de contact interdentaire défectueux débordement iatrogène de reconstitution

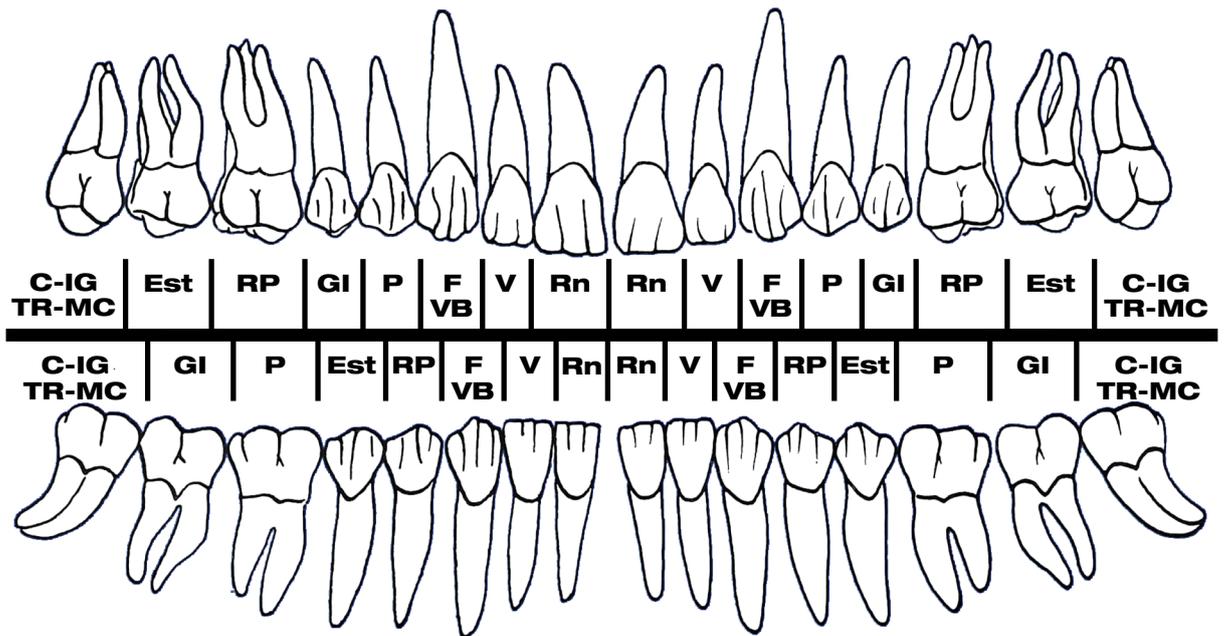
: 2° canal sur racine vestibulo-mésiale des 6 et 7 supérieures

EXAMEN RADIOLOGIQUE À FAIRE : panoramique sinus rétroalvéolaire bilan long cône

OBSERVATIONS ET CACHET DU PRATICIEN DENTAIRE RCC : Q 994 022 - EAN 100 2874 632

- DENT CARIÉE : **C** non traitée : **C1** récurrence sous traitement : **C2** - AMALGAME : **A** - OR COMPOSÉ : **Or** - COMPOSITE : **R**
- COURONNE-PROTHESE : **P** mauvais état des prothèses : **P1** prothèses ayant des répercussions sur chaîne crânio-sacrée : **P2**
- prothèse adjointe : **P3** prothèse conjointe : **P4** - VERRE IONOMÈRE : **VI** - DENT EXTRAITE OU À EXTRAIRE : **Ex** - **PULPITE : PU**
- KYSTE PÉRICORONAIRE : **KP** - PULPOLITHES : **PL** - TRAITEMENT CANALAIRE : **colorier** rouge = dépassement bleu = « correct »
- ALVÉOLYSE : tracer en bleu le niveau osseux
- AJOUTER SUR SCHÉMA : débordement pâte canalair intra sinusal ou autre opacité sinusale

RÉFLEXOLOGIE																	
TRAITEMENT CANALAIRE																	
TENON																	
MOIGNON																	
COURONNE																	
MÉTAL																	
	8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8	



RÉFLEXOLOGIE																	
TRAITEMENT CANALAIRE																	
TENON																	
MOIGNON																	
COURONNE																	
MÉTAL																	
	8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8	