

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.

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**

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

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
☐ œdématiée

• ENDUIT LINGUAL

- ☐
- blanc
- ☐
- noir
-
- ☐
- jaune
- ☐
- autres

• DENTURE

- | | |
|---|---|
| ☐ dents extraites | ☐ dents incluses |
| ☐ dents mobiles | ☐ malposition |
| ☐ agénésie | ☐ fêlures |
| ☐ dents cariées | ☐ myololyse 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 |

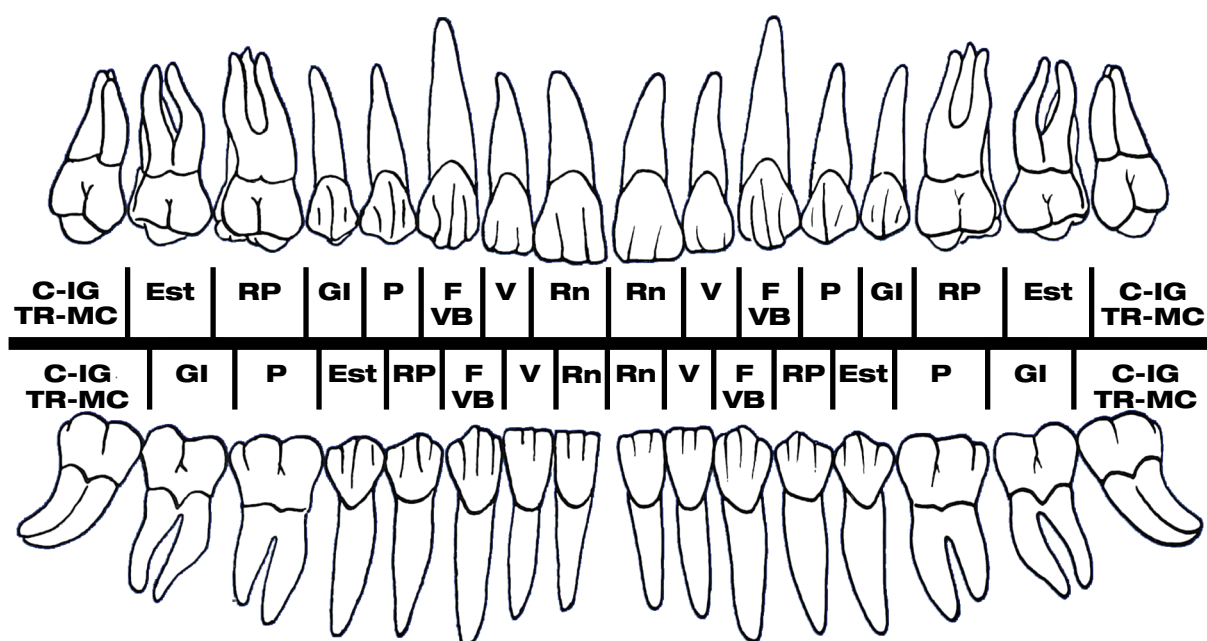
4 - DENTS RÉFLEXOGÈNES, DENTS CIBLES/DENTS SOURCES (pour les praticiens habitués)

- | | | |
|--|--|--|
| ☐ par examen kinésiologique | ☐ par les réflexes du poulx | ☐ 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****(les noter) :****COURONNE - adjointe :****PROTHÈSE conjointe :****MOIGNON :****TENON :****PRÉSENCE DE**☐ EXTRA DENTAIRE : kyste des maxillaires, déminéralisation, condensation osseuse.☐ EN REGARD DE LA DENT : épaissement lamina dura, ostéite, kyste, lésion apicale, images inter-radicaux.☐ résine ☐ métal non précieux ☐ métal précieux ☐ résine composite☐ or blanc ☐ or jaune ☐ sans métal ☐ céramique sur or ☐ céramique métal ☐ céramique sur métal non précieux☐ amalgame ☐ résine ☐ screwpost **MOIGNON sous couronne :** ☐ amalgame ☐ autres☐ métal ☐ fibre de carbone**STADE CARIEUX :** ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3☐ 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	