

NOTE : Un astérisque (*) et un soulignement indiquent qu'un aiguillage vers un professionnel ((c.-à-d. dentiste, hygiéniste dentaire, dentuurologue) est nécessaire.

OUTIL D'ÉVALUATION DE L'ÉTAT DE SANTÉ BUCCODENTAIRE** pour les PROFESSIONNELS QUI NE SONT PAS SPÉCIALISÉS
EN SOINS DENTAIRES

Soins de longue durée

Résident:

Évaluation initiale ○ Évaluation subséquente ○ Date:

Catégorie	0 = sain	1 = changements	2 = malsain	Score	Action nécessaire	Action complétée
Lèvres	Lisses, roses, hydratées	Sèches, gercées ou rouges aux commissures	<u>Enflure ou masse plaque/blanches/rouges; saignement /ulcération aux commissures*</u>		1 = intervention 2 = diriger vers un spécialiste	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
Langue	Normale, moite, rose	Plaque, fissurée, rouge, induite	<u>Plaque rouge et/ou blanche, ulcérée, enflée*</u>		1 = intervention 2 = diriger vers un spécialiste	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
Gencives et tissus	Roses, moites, lisses, aucun saignement	<u>Secs, luisants, rugueux, rouges, enflés autour de 1 ou 6 dents, un ulcère ou un endroit douloureux sous la prothèse*</u>	<u>Enflure, saignement autour de sept dents ou plus, dents mobiles, ulcères et/ou plaques blanches, rougeur généralisée et/ou endroit sensible*</u>		1 ou 2 = diriger vers un spécialiste	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
Salive	Tissus hydratés, salive liquide et fluide	Tissus secs, collants, peu de salive, le résident trouve que sa bouche est sèche	<u>Tissus déshydratés et rouges, très peu de salive ou absence de salive; salive épaisse, visqueuse, résident se plaint d'une bouche sèche*</u>		1 = intervention 2 = diriger vers un spécialiste	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
Dents naturelles <input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> N	Absence de caries ou de dents/ racines fracturées	<u>1 à 3 dents de caries ou racines fracturées*</u>	<u>Présence de caries ou brisures sur quatre dents ou plus, dents très usées ou moins de 4 dents et aucune prothèse*</u>		1 ou 2 = diriger vers un spécialiste	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
Prothèses dentaires <input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> N	Aucune région/dent brisée, les prothèses sont portées régulièrement, le nom est inscrit sur la prothèse	1 partie de la dent/ région fracturée ou les prothèses ne sont portées qu'une à deux heures par jour ou la prothèse est sans identification	<u>Fracture de plus d'une région, la prothèse est manquante ou elle n'est pas portée en raison qu'elle est mal ajustée ou elle est seulement portée avec un adhésif à prothèse*</u>		1 = inscrire le nom sur la prothèse 2 = diriger vers un spécialiste	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
Hygiène buccale	Propre et aucuns débris alimentaires ou de tartre sur les dents ou prothèses	Particules de nourriture, tartre, à 1 ou 2 endroits de la bouche or sur les prothèses, mauvaise haleine occasionnelle	<u>Particules de nourriture, tartre, débris dans presque toute la bouche ou sur presque toutes les parties de la /les prothèse(s)</u>		1 = intervention 2 = diriger vers un spécialiste	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
Douleur dentaire	Aucun signe de douleur soit comportemental, verbal ou physique	<u>Signes verbal et/ou comportemental tel que grimacer, mordre les lèvres, ne pas manger ou démontre de l'agressivité*</u>	<u>Signes physiques tels qu'une enflure de la joue ou de la gencive, dents fracturées, des ulcères, un abcès gingival, ainsi que des signes verbaux et/ ou comportementaux*</u>		1 ou 2 = diriger vers un spécialiste	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON

Rempli par :

DIRIGER VERS UN SPÉCIALISTE Diriger vers un professionnel dentaire Date _____ Nom _____
INTERVENTIONS Gestion de la maladie chronique Gestion de la maladie aiguë Revue des médicaments Formation du patient, de la famille ou des enfants
 Diriger vers un professionnel de la santé M.D. Infirmier ou IP Diététiste Erg. BS Travailleur communautaire Autre _____
NOTES :

**Oral Health Assessment Tool (OHAT)

Septembre 2008 modifié avec la permission de Dr Chalmers
 Téléchargement : www.rgpc.ca ou www.halton.ca
 ML van der Horst, D Scott, D Bowes

July 2014 La traduction de ce document a été rendue possible grâce au soutien du gouvernement de l'Ontario, par le biais du Centre d'apprentissage, de recherche et d'innovation pour les foyers de soins de longue durée Bruyère.



INSTITUT DE RECHERCHE

