## Informations administratives

**Patients:**

Nom : ..........................................................................................................................................................

Prénom : .....................................................................................................................................................

Date de naissance : .... / .... / .........

Adresse : .....................................................................................................................................................

Téléphone patient / famille : .......................................................................................................................

Adresse mail : .............................................................................................................................................

**Tuteur légal** (si applicable) :

 - Nom / Prénom : .......................................................................................................................................

 - Adresse : .................................................................................................................................................

 - Téléphone : .............................................................................................................................................

 - Adresse mail : .........................................................................................................................................

**Médecins référents :**

 - Médecin traitant : Nom / Téléphone .........................................................................................................

 - Médecin spécialiste référent (si suivi) : Nom / Téléphone ........................................................................

 - Dentiste : .................................................................................................................................................

## Situation particulière

Notre service prend en charge les soins dentaires des patients en situation de handicap et/ou avec antecedents médicaux complexes.

Patient en situation de handicap : ☐ Oui ☐ Non

 - Si oui, préciser le type de handicap : .......................................................................................................

## 3. Antécédents médicaux

**Maladies chroniques** : ☐ Oui ☐ Non

 - Si oui, préciser : .......................................................................................................................................

**Chirurgies antérieures** : ☐ Oui ☐ Non

 - Si oui, préciser : .......................................................................................................................................

**Allergies connues** :

 - ☐ Médicamenteuses :……………………………………………………………………………………………

 - ☐ Alimentaires :…………………………………………………………………………………………………..

 - ☐ Autres : ................................................................................................................................................

**Traitement(s) en cours** : ☐ Oui ☐ Non

 Merci de nous joindre une ordonnance de medicament à jour avec la demande de rendez-vous.

## 4. Mobilisation

Autonome : ☐ Oui ☐ Non

Nécessite d’une aide pour la marche / le transfert : ☐ Oui ☐ Non

Utilise un fauteuil roulant : ☐ Oui ☐ Non

En position allongée (brancard) : ☐ Oui ☐ Non

## 5. Hygiène bucco-dentaire

**Type de brossage :**

 - ☐ Brosse manuelle

 - ☐ Brosse électrique

 - ☐ Pas de brossage

**Fréquence de brossage :**

 - ☐ 1 fois/jour

 - ☐ 2 fois/jour

 - ☐ Jamais

Utilisation de dentifrice : ☐ Oui ☐ Non

Le patient porte-t-il une prothèse amovible (dentier): ☐ Oui ☐ Non

## 6. Alimentation

Texture habituelle des aliments :

 - ☐ Mixée

 - ☐ Molle / hachée

 - ☐ Normale

Problème de fausses routes : ☐ Oui ☐ Non

Habitude de grignotage : ☐ Oui ☐ Non

Alimentation sucrée fréquente : ☐ Oui ☐ Non

## 7. Coopération aux soins

Habitude face aux soins :

 - ☐ Bonne coopération

 - ☐ Coopération partielle

 - ☐ Refus / opposition

Utilisation antérieure de MEOPA : ☐ Oui ☐ Non

 - Si oui : efficace ? ☐ Oui ☐ Non

## 8. Documents à joindre

⚠️ Merci de joindre à ce mail une lettre d’adressage d’un dentiste ou d’un médecin spécialiste, précisant:

 - Le motif de la demande ainsi que les soins éventuels à réaliser

 - Les éléments médicaux pertinents