

Annexe 5 : BILAN BUCCO DENTAIRE



Docteur,

Nom et prénom du patient :

Le patient que vous examinez est un militaire d'active ou de réserve. Afin que le médecin militaire puisse statuer sur son aptitude médicale à partir en mission (pas de possibilité de recours à un chirurgien-dentiste pendant une durée de 4 à 6 mois), merci de bien vouloir renseigner les items ci-dessous en cochant la case qui correspond le mieux à son état bucco-dentaire.

ETAT BUCCO-DENTAIRE		Case à cocher
1	Le patient ne présente pas de pathologie bucco-dentaire et n'est pas supposé nécessiter de soins dentaires au cours des 12 prochains mois.	<input type="checkbox"/>
2	L'état bucco-dentaire du patient nécessite des soins. Cependant, vous estimez que même en l'absence de soins, le patient ne risque pas de présenter une urgence dentaire au cours des 12 prochains mois.	<input type="checkbox"/>
3	L'état bucco-dentaire du patient nécessite des soins et vous estimez qu'en l'absence de soins, le patient risque de présenter une urgence dentaire au cours des 12 prochains mois.	Préciser ↓ <input type="checkbox"/>
a	carie/obturation : carie dentaire ou fracture dentaire avec extension modérée ou importante dans la dentine, obturation défectueuse, obturation temporaire, etc..	<input type="checkbox"/>
b	infection : pathologie pulpaire ou périapicale, etc...	<input type="checkbox"/>
c	dent de sagesse ayant présenté un antécédent d'accident d'évolution ou risquant de manifester une complication au cours des 12 prochains mois.	<input type="checkbox"/>
d	maladie parodontale : gingivite aiguë, parodontopathie active, abcès parodontal.	<input type="checkbox"/>
e	autre (précisez) :	<input type="checkbox"/>
Indiquez les dents à traiter et leur(s) pathologie(s) :		
Indiquez (si possible) une estimation de la durée des soins : <small>Les extractions doivent être réalisées au plus tard 3 semaines avant le départ en mission.</small>		
La radiographie panoramique dentaire a-t-elle été consultée ?		Oui (date) : <input style="width: 50px;" type="text"/>
		Non : <input style="width: 50px;" type="checkbox"/>

Date de l'examen :

Signature et cachet du chirurgien-dentiste :