

Examen de prévention bucco-dentaire

articles L. 2132-2-1 du Code de la santé publique et L. 162-1-12 du Code de la sécurité sociale
arrêté du 14 juin 2006 (J.O. du 18 juin 2006)

*partie à adresser
à l'organisme d'affiliation*

date limite de réalisation de l'examen : .../.../....

Cssuré(e) - bénéficiaire	Organisme d'affiliation
assuré(e) : NIR <input style="width: 100%;" type="text"/> bénéficiaire : date de naissance <input style="width: 100%;" type="text"/>	

Identification du praticien	et	Identification de la structure (raison sociale du cabinet, de l'établissement...)
Praticien remplaçant identifiant <input style="width: 100%;" type="text"/> nom et prénom : <input style="width: 100%;" type="text"/>	et	n° de la structure (AM, FINESS, ou SIRET) <input style="width: 100%;" type="text"/>

Examen(s) ou acte(s) réalisé(s)	
date de réalisation de l'examen <input style="width: 100%;" type="text"/>	signature du praticien attestant la réalisation de l'examen
pas de radiographie réalisée <input type="checkbox"/>	
1 ou 2 radiographies réalisées <input type="checkbox"/>	3 ou 4 radiographies réalisées <input type="checkbox"/>
montant des honoraires : euros	

document télétransmis : oui non *renseignements à conserver par le praticien*

Renseignements médicaux à compléter et à conserver **impérativement** dans le dossier - papier ou informatique - du patient (renseignements nécessaires à l'évaluation du programme et à communiquer au service médical à sa demande).

schéma dentaire à compléter

(reporter le code correspondant dans chaque case du schéma dentaire)

C : dent cariée **A** : dent absente pour cause de carie **O** : dent obturée **S** : scellements de sillons réalisés

18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
			55	54	53	52	51	61	62	63	64	65			
			<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>			
			85	84	83	82	81	71	72	73	74	75			
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38

état parodontal

▪ parodontopathie : oui non

besoins de soins dans le cadre du dispositif : oui non

si oui :

▪ détartrage

▪ scellement(s) de sillon(s) - dent(s) n° :

▪ dent(s) à soigner

besoins de soins hors du cadre du dispositif : oui non

si oui :

▪ ODF

▪ prothèse(s)

acte exécuté au cours de la même séance que l'examen de prévention : oui non

date de réalisation de l'examen

Cssuré(e) - bénéficiaire	Organisme d'affiliation
assuré(e) : NIR <input style="width: 100%;" type="text"/> bénéficiaire : date de naissance <input style="width: 100%;" type="text"/>	