

# 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 type="text"/> bénéficiaire : date de naissance <input type="text"/>	

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

Examen(s) ou acte(s) réalisé(s)	
date de réalisation de l'examen <input type="text"/>	signature du praticien attestant la réalisation de l'examen
radiographie(s) réalisée(s) : 0 <input type="checkbox"/> 1 ou 2 <input type="checkbox"/> 3 ou 4 <input type="checkbox"/> panoramique <input type="checkbox"/>	
examen complexe : oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	
montant des honoraires : <input type="text"/> euros	
document télétransmis : oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	

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
			55	54	53	52	51	61	62	63	64	65			
			85	84	83	82	81	71	72	73	74	75			
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 type="text"/> bénéficiaire : date de naissance <input type="text"/>	