

examen de prévention bucco - dentaire (maternité)

(art. L. 162-9 du Code de la sécurité sociale - avenant n° 3 à la convention nationale des chirurgiens dentistes
- avenant n° 11 à la convention médicale)

partie à adresser
à l'organisme d'affiliation

date présumée d'accouchement :

du 1er jour du 4ème mois de grossesse jusqu'au 12ème jour après l'accouchement

assuré(e) - bénéficiaire	organisme d'affiliation
assuré(e) : NIR : bénéficiaire : (si différent de l'assuré) Date de naissance :	

Identification du praticien	et	Identification de la structure (raison sociale du cabinet, de l'établissement...)
Praticien remplaçant identifiant nom et prénom		n° de la structure (AM, FINESS, ou SIRET)

Examen(s) ou acte(s) réalisé(s)	
date de réalisation de l'examen	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 - de la patiente (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

18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

santé parodontale
▪ inflammation gingivale oui non

besoins de soins
▪ prothèse(s) ▪ soins conservateurs ▪ avulsions ▪ soins de gencives

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

Conseils personnalisés à la patiente oui non si oui, complétez ci-dessous :

En matière d'hygiène bucco-dentaire et technique de brossage

En matière de nutrition Sur les méfaits du tabac, de l'alcool et autres substances

Conseils spécifiques relatifs au jeune enfant oui non si oui, complétez ci-dessous :

Syndrôme du biberon Risque de contamination croisée

Fluor Hygiène bucco-dentaire chez l'enfant

date de réalisation de l'examen

assuré(e) - bénéficiaire	organisme d'affiliation
assuré(e) : NIR : bénéficiaire : (si différent de l'assuré) Date de naissance :	