

# FORMULAIRE D'ÉVALUATION DU RISQUE CARIEUX POUR LES 0 À 5 ANS

Nom du patient:

Numero d'identification:

Age:

Date:

Date de l'évaluation:

<u>Note : Tout OUI dans la Colonne 1 désigne un «risque élevé» et une indication de tests bactériens</u>	OUI : ENTOURER			Commentaires :
	1	2	3	
<b><u>1.Facteurs de risques (Facteurs biologiques prédisposants)</u></b>				
(a) Carie active chez la mère/le responsable au cours de l'année passée	<b>OUI</b>			
(b) Biberon avec un <u>autre</u> liquide que de l'eau, du lait ou du lait en poudre		<b>OUI</b>		Types :
(c) Biberon en continue		<b>OUI</b>		
(d) L'enfant s'endort au biberon ou est allaité à la demande		<b>OUI</b>		
(e) Grignotage fréquent (> <b>3x/jour</b> ) entre les repas contenant du sucre/de l'amidon cuit/boissons sucrées		<b>OUI</b>		Nombre de fois/jour : Types :
(f) Présence de facteurs réduisant le débit salivaire, incluant : 1. Médicaments (ex: asthme (inhalateur) or hyperactivité) 2. Problèmes médicaux (traitement pour cancer) ou facteurs génétiques		<b>OUI</b>		
(g) L'enfant a besoin de soins particuliers en matière de santé		<b>OUI</b>		
(h) Parent et/ou responsable ayant un faible statut socioéconomique et/ou une faible littératie en santé, programme WIC/Early Head Start		<b>OUI</b>		
<b><u>2.Facteurs protecteurs</u></b>				
(a) L'enfant vit dans une région où l'eau est fluorée (noter le code postal)			<b>OUI</b>	Code postal :
(b) Prend des suppléments de fluor			<b>OUI</b>	
(c) L'enfant boit de l'eau fluorée (ex : eau du robinet)			<b>OUI</b>	
(d) Brosse ses dents avec un dentifrice au fluor (taille d'un petit pois) au moins 2x/jour			<b>OUI</b>	Nombre de fois/jour :

(e) Vernis fluoré au cours des 6 derniers mois			OUI	
(f) Mère/Responsable comprend l'usage des chewing gums/pastilles au xylitol			OUI	
(g) Xylitol donné à l'enfant (lingettes, spray, gel recommandés)			OUI	

### **3. Indicateurs de la maladie - Examen clinique de l'enfant**

(a) Lésions blanches évidentes, décalcifications, ou caries présentes sur les dents de l'enfant	OUI			
(b) Restaurations existantes	OUI			
(c) Plaque est visible sur les dents et/ou les gencives saignent facilement		OUI		
(d) Débit salivaire visiblement insuffisant		OUI		
(e) Nouvelle reminéralisation depuis la dernière visite (Lister les dents) :			OUI	Dents :

**Risque carieux global de l'enfant (entourer):**                      **ÉLEVÉ**      **MODÉRÉ**      **FAIBLE**

Enfant : Résultats des tests bactérien/salivaire :                      SM:                      LB:                      Débit salivaire :                      ml/min :  
Date :

Responsable : Résultats des tests bactérien/salivaire :                      SM:                      LB:                      Débit salivaire :  
ml/min :                      Date :

### **Objectifs personnels:**

### **Depuis la dernière visite:**

1. \_\_\_\_\_

**Nouvelle lésion carieus:**

**Oui/Non**

**Nouvelle lésion blanche déminéralisée:**

**Oui/Non**

2. \_\_\_\_\_

**Douleur dentaire:**

**Oui/Non**

**Type d'intervention:    A.G.    I.V.    Sédation orale**

**Signature du praticien:**

**Date:**

# FORMULAIRE D'ÉVALUATION DU RISQUE CARIEUX POUR LES ENFANTS DE 6 ANS ET PLUS/ADULTES

Nom du patient:

Numero d'identification:

Age:

Date:

Date de l'évaluation:

Exam initial ou suivi (entourer svp)

<u>Note : Tout OUI dans la Colonne 1 désigne un «risque élevé» et une indication de tests bactériens</u>	OUI : ENTOURER			Commentaires :
	1	2	3	
<b><u>1.Facteurs de risques (Facteurs biologiques prédisposants)</u></b>				
(a) Présentait des caries actives au cours de l'année passée	OUI			
(b) Grignotage fréquent (> 3x/jour) entre les repas		OUI		Nombre de fois/jour : Quel type :
(c) Boit des boissons énergisantes		OUI		Nombre de fois/jour :
(d) Consommation de drogue récréative/tabac/alcool		OUI		
(e) Facteurs réduisant le débit salivaire (médicaments/rayons/maladie systémique)		OUI		
(f) Enfant ou adolescent a besoin de soins particuliers en matière de santé		OUI		
(g) Appareils d'orthodontie		OUI		
<b><u>2.Facteurs protecteurs</u></b>				
(a) Maison/Travail/École dans un région où l'eau est fluorée			OUI	Code postal :
(b) Dentifrice au fluor au moins 2x/jour			OUI	Nombre de fois/jour :
(c) Bain de bouche au fluor (0,05% NaF) par jour			OUI	
(d) 5000 ppm F dentifrice au fluor par jour			OUI	
(e) Vernis fluoré au cours des 6 derniers mois			OUI	
(f) Prescription/utilisation de chlorhexidine une fois par semaine tous les mois durant les 6 derniers mois			OUI	
(g) Chewing gums/pastilles au xylitol 4x/jour au cours des 6 derniers mois			OUI	

(h) Pâte contenant calcium et phosphate au cours des 6 derniers mois			OUI	
<b>3. Indicateurs de la maladie - Examen clinique de l'enfant</b>				
(a) Caries visibles ou lésion pénétrant la dentine sur une radiographie	OUI			
(b) Lésions amélares proximales visibles sur une radiographie (pas dans la dentine)	OUI			
(c) Lésions blanches sur les surfaces lisses	OUI			
(d) Restaurations au cours des 3 dernières années	OUI			
(e) Plaque est visible sur les dents et/ou les gencives saignent facilement		OUI		
(f) Débit salivaire visiblement insuffisant		OUI		
(g) Dénudations radiculaires		OUI		
(h) Puits et fissures profonds		OUI		
(i) Nouvelle reminéralisation depuis la dernière visite (Lister les dents) :			OUI	Dents :
<b>Risque carieux global (entourer):</b>	<b>ÉLEVÉ</b>	<b>MODÉRÉ</b>	<b>FAIBLE</b>	
RISQUE EXTRÊME = RISQUE ÉLEVÉ + SÉVÈRE HYPOFONCTION DES GLANDES SALIVAIRES				
Résultats des tests bactérien/salivaire : Date :	SM:	LB:	Débit salivaire :	ml/min :

**Objectifs personnels:**

**Depuis la dernière visite:**

1. \_\_\_\_\_

**Nouvelle lésion carieux:**

**Oui/Non**

**Nouvelle lésion blanche déminéralisée:**

**Oui/Non**

2. \_\_\_\_\_

**Douleur dentaire:**

**Oui/Non**

**Type d'intervention: A.G. I.V. Sédation orale**

**Signature du praticien:**

**Date:**