

# 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: jj/mm/aaaa

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...)
<b>Praticien remplaçant</b> 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 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	signature du praticien attestant la réalisation de l'examen

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 :	