

Mon rendez-vous chez le dentiste

Ce document est confidentiel.
Seul votre dentiste peut le lire.
Il sera conservé dans votre dossier patient.



Je prépare mon rendez-vous

Date :

Nom :

Prénom :

Né(e) le :

Mon Lieu de vie : Domicile  Établissement médico-social 

Mon handicap : Handicap moteur Handicap visuel

Déficience intellectuelle Polyhandicap Handicap auditif

Tutelle Curatelle Habilitation familiale

Les personnes à contacter si besoin



Médecin traitant

Nom :

Adresse :

.....

Téléphone :

Tuteur / Curateur / Titulaire habilitation

Nom :

Adresse :

.....

Téléphone :

Lien avec la personne :



Personne à prévenir (famille, ami, aidant...)

Nom :

Adresse :

.....

Téléphone :

Lien avec la personne :

Référent institutionnel

Nom :

Adresse :

.....

Téléphone :

Fonction :

Pourquoi je vais chez le dentiste ?

Ma consultation annuelle

Une douleur

Un appareil cassé



Mes expériences de soins avec le dentiste

J'ai déjà consulté un dentiste : Oui Non

Si oui, j'ai un bon souvenir du rendez-vous : Oui Non

Pourquoi :



.....
.....
.....

Mes capacités

Je me déplace :

Marche



Aide à la marche



Fauteuil roulant/électrique



Fauteuil coque



Brancard / alité



J'ai besoin d'aide pour m'installer au fauteuil dentaire : Oui Non

Autre besoin :

Je communique avec :



Des mots simples

Des mimiques

Une vocalisation ou des cris

Des gestes

Des signes, la LSF

Un ordinateur, une tablette

Des pictos, des photos

Trouble de Déficit de l'Attention avec ou sans Hyperactivité : Oui Non

Trouble des apprentissages : Oui Non

Je suis capable de dire ma douleur :

Non

Oui

Par des mots

Des gestes

Des cris ou vocalisations

Avec une échelle de la douleur



Je suis capable de compréhension :

- Pas de compréhension
- Avec des images
- Avec des objets
- Quelques mots ou phrases simples
- Phrases complexes
- Avec des vidéos

Au cabinet dentaire

J'ai besoin de temps pour m'adapter à un nouveau lieu :

- Non
- Oui

Si besoin, préciser :

J'ai besoin de temps pour m'adapter à une nouvelle personne :

- Non
- Oui

Si besoin, préciser :

J'ai besoin d'une préparation du cabinet pour mes soins :

- Non
- Diminuer la lumière
- Diminuer le bruit ou la musique

Je suis capable d'attendre dans la salle d'attente :

- Non
- Oui, au maximum (*indiquez la durée*)

Je suis capable de rester seul pendant les soins dentaires :

- Oui
- Non

Si non, j'ai besoin d'un aidant : Familial Professionnel

Je suis habituellement :

- Calme
- Agité
- Anxieux, angoissé
- Joyeux
- Triste



- Autre :

Qu'est-ce qui peut m'apaiser ?

- La présence d'un proche La musique Un objet personnel La télévision



- Autre :

Je peux avoir des comportements particuliers face à certaines situations :

- Non Oui, des mots à éviter Oui, des comportements à éviter

Si oui, lesquels :

Comment les éviter :

Mes habitudes d'hygiène bucco-dentaire

Je suis capable de me brosser les dents :

- Non Oui

Je suis capable de me rincer seul la bouche et cracher :

- Non Oui

Le jour du rendez-vous, je pense à apporter

- Ma carte vitale et de mutuelle



- Mes ordonnances et mon carnet de santé



- Ma brosse à dents et dentifrice



- Ma musique préférée



- Mes outils de communication