

Fiche de transmission bucco-dentaire

Pour l'enfant à besoins spécifiques, à remplir et transmettre

Prénom de l'enfant : _____

Date : _____

Parents

- Brossage :** ☐ Accompagné ☐ Supervisé ☐ Délégué ☐ Non fait
- Douleur observée :** ☐ Oui ☐ Non
- Si oui :** ☐ Continue ☐ Intermittente
- Moment :** ☐ Matin ☐ Soir ☐ Nuit ☐ Pendant les repas
- Déclencheur :** ☐ Chaud ☐ Froid ☐ Pression/mastication ☐ Aucun identifié
- Changement de comportement récent :** ☐ Oui ☐ Non
- Médicament ou alimentation sucrée en cours :** ☐ Oui ☐ Non

Enseignants & éducateurs

- Refus alimentaire observé :** ☐ Oui ☐ Non
- Frottement du visage / mauvaise haleine :** ☐ Oui ☐ Non
- Changement de comportement en classe :** ☐ Oui ☐ Non
- Contexte observé :** ☐ Repas ☐ Sieste ☐ Activités ☐ Autre

Soignants

à remplir après consultation

- Type de soin réalisé :** ☐ Contrôle ☐ Soin ☐ Urgence ☐ Orientation SOSS/Handident
- Prochain contrôle recommandé sous :** ☐ 24 à 48h ☐ 1 mois ☐ 6 mois ☐ Routine annuelle
- Consigne à transmettre :** ☐ Adapter le brossage ☐ Revoir l'alimentation
☐ Poursuivre la désensibilisation ☐ Aucune consigne particulière

Remarques



Diffusion gratuite • drpremo.fr/handicap

