

Outil canadien d'évaluation de la santé buccodentaire des personnes âgées – Fiche d'évaluation

Nom de la personne évaluée: _____ Date de naissance (AAAA/MM/JJ): ____/____/____ Date de l'évaluation(AAAA/MM/JJ): ____/____/____

Item	0 = Condition normale	1 = Condition anormale légère à modérée	2 = Condition anormale sévère
Lèvres	Couleur* rose et texture uniforme, contour des lèvres bien délimité <input type="checkbox"/>	Rouges, sèches et enflées <input type="checkbox"/>	Ulcère avec ou sans saignement <input type="checkbox"/>
Muqueuses des joues et lèvres	Couleur* rose et texture uniforme <input type="checkbox"/>	Rougeur(s) ou plaque(s) blanchâtre(s) localisée(s). Ulcère unique de moins de 0,5 cm <input type="checkbox"/>	Rougeur(s) ou plaque(s) blanchâtre(s) généralisée(s). Ulcère unique de plus de 0,5 cm ou ulcères multiples <input type="checkbox"/>
Gencives et palais	Couleur* rose et texture uniforme <input type="checkbox"/>	Rougeur ou enflure localisée des gencives, sur le palais ou sous la prothèse dentaire <input type="checkbox"/>	Rougeur ou enflure généralisée des gencives ou sur le palais ou sous la prothèse dentaire. Saignement spontané. Ulcère(s). <input type="checkbox"/>
Langue	Couleur* rose et texture uniforme <input type="checkbox"/>	Changement de couleur circonscrit, apparence lisse, perte localisée d'uniformité de la texture, plaque(s) blanchâtre(s) localisée(s) <input type="checkbox"/>	Changement de couleur généralisé et d'apparence, perte généralisée d'uniformité de la texture, plaque(s) blanchâtre(s) généralisée(s). Ulcère(s) <input type="checkbox"/>
Salive	Salive abondante recouvrant les muqueuses, la langue et les dents. Tissus d'apparence luisants et humides <input type="checkbox"/>	Mince pellicule de salive recouvrant les muqueuses, la langue et les dents. Tissus d'apparence luisants et humides <input type="checkbox"/>	Absence apparente de salive ou quantité minimale de salive recouvrant les muqueuses, la langue et les dents. Tissus d'apparence mats et secs <input type="checkbox"/>
Dents <input type="checkbox"/> Présentes <input type="checkbox"/> Absentes	Aucune atteinte observable à la structure dentaire. Aucune mobilité dentaire <input type="checkbox"/>	Cavité d'apparence superficielle, dent avec fracture mineure. Mobilité dentaire sans risque de détachement de la dent <input type="checkbox"/>	Cavité d'apparence profonde avec perte de structure dentaire, dent avec fracture majeure ou à l'état de racine, arête dentaire coupante. Mobilité dentaire avec risque de détachement de la dent <input type="checkbox"/>
Prothèses dentaires Supérieure <input type="checkbox"/> Complète <input type="checkbox"/> Partielle <input type="checkbox"/> Absente Inférieure <input type="checkbox"/> Complète <input type="checkbox"/> Partielle <input type="checkbox"/> Absente	Structure intacte. Stabilité et rétention adéquate. Prothèses identifiées <input type="checkbox"/>	Bris mineur: une dent artificielle brisée, usée ou absente; une partie de la structure altérée n'affectant pas ou peu la fonction de la prothèse. Stabilité et rétention adéquate. Prothèse non identifiée <input type="checkbox"/>	Bris majeur: plusieurs dents artificielles brisées, usées ou absentes; une partie de la structure altérée affectant la fonction de la prothèse. Stabilité et rétention inadéquate. Prothèse non identifiée <input type="checkbox"/>
Implants	Absence apparente de rougeur et d'enflure de la muqueuse autour de l'implant. Absence apparente de biofilm, de tartre ou de débris alimentaire <input type="checkbox"/>	Rougeur de la muqueuse autour de l'implant. Présence localisée de biofilm, de tartre et de débris alimentaire sur l'implant <input type="checkbox"/>	Rougeur et enflure de la muqueuse autour de l'implant; mobilité de l'implant. Présence généralisée de biofilm, de tartre et de débris alimentaire sur l'implant <input type="checkbox"/>
Hygiène des dents et des prothèses dentaires	Absence apparente de plaque dentaire, de tartre ou de débris alimentaire <input type="checkbox"/>	Présence localisée de plaque dentaire, de tartre et de débris alimentaire <input type="checkbox"/>	Présence généralisée de plaque dentaire, de tartre et de débris alimentaire. Odeur buccale fétide <input type="checkbox"/>
Douleur **	Aucun signe de douleur <input type="checkbox"/>	Signes occasionnels d'intensité légère à modérée : cris, agressivité, gémissement, touche à la zone douloureuse et mordillement <input type="checkbox"/>	Signes fréquents d'intensité sévère : cris, agressivité, gémissement, patte à la zone douloureuse et mordillement <input type="checkbox"/>

*La couleur peut varier d'une ethnie à une autre. **La douleur doit être associée à une condition anormale des structures buccodentaires. Des mesures locales d'intervention peuvent être nécessaires. Diriger la personne dépistée vers un professionnel de la santé buccodentaire autorisé ou un médecin. Pour plus de renseignements, veuillez consulter le Guide d'intervention.