



GRILLE D'ÉVALUATION DE LA COMPLEXITÉ DES BESOINS PARTICULIERS EN MATIÈRE DE SOINS BUCCODENTAIRES (1/3)

Indiquez dans la colonne « oui » ou « non » si les descriptions correspondent à la personne ayant des BPS qui se présente à votre cabinet pour obtenir des soins buccodentaires. La présente grille d'évaluation peut aider le dentiste et le parent ou le proche aidant à bien comprendre les facteurs qui expliquent les besoins du patient en matière de traitement dentaire. Le classement de l'état de la personne selon un degré de complexité *faible*, *modéré* ou *élevé* se fonde sur une multitude de facteurs pour chaque patient. Un dentiste devra malgré tout faire preuve de jugement clinique pour décider ultimement s'il prend en charge un patient ou s'il l'adresse à un autre professionnel, le cas échéant. Cet outil d'évaluation se veut englobant et ne sert pas à faire l'évaluation d'un état de santé buccodentaire particulier ou à soupeser les options de traitement buccodentaire d'urgence.

Nom du patient : _____ Date de naissance (JJ/MM/AA) : ____/____/____

INFORMATIONS GÉNÉRALES

Formulaire rempli par : _____ Date (JJ/MM/AA): ____/____/____

COORDONNÉES DU TUTEUR LÉGAL OU DE LA PERSONNE AUTORISÉE

Nom : _____ Lien avec le patient : _____

Adresse : _____

Ville : _____ Code postal : _____

Tél. cellulaire : _____ Tél. domicile : _____ Courriel : _____

Moyen de communication préféré : ____Tél. cellulaire | ____Tél. domicile | ____Courriel

COORDONNÉES DU PARENT OU DE LA PERSONNE AIDANTE (si différente de la personne ci-dessus)

Nom : _____ Lien avec le patient : _____

Adresse : _____

Ville : _____ Code postal : _____

Tél. cellulaire : _____ Tél. domicile : _____ Courriel : _____

Moyen de communication préféré : ____Tél. cellulaire | ____Tél. domicile | ____Courriel

COORDONNÉES DE LA PERSONNE RESPONSABLE DE GÉRER LES RENDEZ-VOUS (si différente de la personne ci-dessus)

Nom : _____ Lien avec le patient : _____

Adresse : _____

Ville : _____ Code postal : _____

Tél. cellulaire : _____ Tél. domicile : _____ Courriel : _____

Moyen de communication préféré : ____Tél. cellulaire | ____Tél. domicile | ____Courriel

ASSURANCE DENTAIRE

Assurance privée : _____ Assurance gouvernementale : _____



GRILLE D'ÉVALUATION DE LA COMPLEXITÉ DES BESOINS PARTICULIERS EN MATIÈRE DE SOINS BUCCODENTAIRES (2/3)

Nom du patient : _____ Date de naissance (JJ/MM/AA) : ____/____/____

Degré de complexité	Communication	Oui	Non	Remarques
Faible	La communication entre le patient, son proche aidant et l'équipe dentaire est bonne.			
Faible	La communication est caractérisée par quelques difficultés, qu'il est possible de surmonter.			
Modéré	Le patient ou le proche aidant ne parle ni français ni anglais; l'aide d'un interprète pourrait être nécessaire.			
Modéré	Le patient a des difficultés d'apprentissage légères.			
Modéré	La communication verbale du patient est limitée en raison de son âge ou d'un trouble sous-jacent.			
Élevé	Le patient ne parle pas; il faut de nombreux outils d'aide à la communication.			
Élevé	Le patient a des difficultés d'apprentissage modérées.			
Élevé	Le patient a de graves difficultés de communication; sa communication est limitée.			

Degré de complexité	Comportement	Oui	Non	Remarques
Faible	Le patient se soumettra à des soins d'hygiène dentaire, à des traitements de restauration et à des extractions simples sous anesthésie locale.			
Modéré	Le patient se soumettra à un examen complet et à un nettoyage régulier avec une aide supplémentaire ou des techniques de gestion du comportement.			
Modéré	Le patient a besoin de multiples rencontres de désensibilisation et d'acclimatation avant d'accepter un traitement.			
Élevé	Il est seulement possible de faire un examen limité du patient.			
Élevé	Le patient ne se soumettra à des soins de restauration limités qu'avec difficulté ou si des contraintes physiques sont employées.			
Élevé	Le patient manifeste un comportement agressif.			
Élevé	Avant de pouvoir recevoir un traitement, le patient devra être placé sous anesthésie générale ou être soumis à une sédation ou à une autre technique avancée de prise en charge.			

Degré de complexité	Antécédents médicaux	Oui	Non	Remarques
Faible	Les antécédents médicaux n'ont pas d'impact significatif sur le plan de traitement dentaire (ASA 1 ou 2).			
Faible	Le patient est en mesure de s'occuper seul de ses médicaments et de ses rendez-vous.			
Modéré	Il est impossible d'obtenir les antécédents médicaux au premier rendez-vous; il faut plus d'informations.			
Élevé	L'état de santé physique ou psychiatrique est complexe et/ou instable, ce qui perturbe la prestation de soins dentaires (ASA 3 ou supérieur).			
Élevé	Le patient a besoin d'un rendez-vous faisant intervenir plusieurs disciplines pour des raisons médicales.			
Élevé	Le patient a déjà été victime de maltraitance ou de négligence.			
Élevé	Il est possible que le patient soit atteint de la COVID-19 ou qu'il coure un risque accru de contracter une infection.			



GRILLE D'ÉVALUATION DE LA COMPLEXITÉ DES BESOINS PARTICULIERS EN MATIÈRE DE SOINS BUCCODENTAIRES (3/3)

Nom du patient : _____ Date de naissance (JJ/MM/AA) : ____/____/____

Degré de complexité	Antécédents dentaires/besoins liés aux traitements	Oui	Non	Remarques
Faible	L'état buccodentaire est stable et sain; le patient a une bonne hygiène dentaire et maintient de bonnes habitudes d'hygiène dentaire chez lui.			
Faible	Le patient a un dossier dans un cabinet dentaire.			
Modéré	Le patient est incapable de se brosser les dents ou de passer la soie dentaire efficacement; il dépend d'une autre personne.			
Modéré	L'hygiène dentaire et la fonction buccale sont compromises en raison d'une malocclusion ou d'une pathologie buccale.			
Modéré	Le patient n'utilise pas de produits fluorés ou d'autres produits de prévention (xylitol, chlorhexidine, et phosphopeptide de caséine et phosphate de calcium amorphe).			
Modéré	Le patient a un régime alimentaire cariogène ou prend des médicaments contenant du sucre, ce qui entraîne un risque élevé de caries.			
Modéré	Le patient est à haut risque de saignement.			
Modéré	Le patient un faible flux salivaire (à cause de médicaments, du syndrome de Sjogren, etc.).			
Élevé	Le patient a des troubles du développement (hypoplasie, hypominéralisation molaire-incisive, amélogénèse imparfaite, dentinogénèse imparfaite, ostéogénèse imparfaite, etc.).			
Élevé	Le patient est un enfant ayant des anomalies du développement craniofacial.			
Élevé	Le patient adopte une attitude défensive pour tout ce qui approche de sa bouche; l'accès à sa cavité buccale est limité.			
Élevé	Le patient est alimenté par sonde ou a un trouble d'alimentation (obésité, anorexie, boulimie, etc.).			
Élevé	Le patient court un risque élevé d'avoir des caries dentaires ou une maladie parodontale à cause d'une affection sous-jacente ou d'un trouble de comportement.			
Élevé	Le patient est atteint d'une forme grave de bruxisme ou d'autres habitudes (forme sévère d'attrition, d'abfraction ou d'érosion).			

Degré de complexité	Accès et obstacles aux soins buccodentaires	Oui	Non	Remarques
Faible	Le patient peut obtenir des soins dentaires sans exigences supplémentaires.			
Modéré	L'accès à des soins dentaires est compromis en raison de problèmes financiers.			
Modéré	Le patient ne se présente pas à son rendez-vous ou l'annule sans préavis à plus d'une reprise au cours d'un traitement; les directives de traitement ne sont pas suivies rigoureusement.			
Modéré	Le patient a besoin d'un milieu calme ou d'un endroit différent des autres patients dans la salle d'attente.			
Élevé	Le patient a besoin d'équipement spécialisé pour son rendez-vous (tels une ambulance, un lève-personne, un fauteuil roulant inclinable, une planche de glissement).			
Élevé	Le patient doit être vu en milieu hospitalier.			

Sauvegarder la grille d'évaluation [cliquez ici]