

# examen de prévention bucco - dentaire (maternité)

(art. L.162-9 du Code de la sécurité sociale - la convention nationale des chirurgiens-dentistes 2023  
- avenant n° 11 à la convention médicale)

partie à adresser  
à l'organisme d'affiliation

période de validité de la prise en charge : du 1er jour du 4ème mois de grossesse jusqu'au 6ème mois après l'accouchement

date présumée d'accouchement :

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	signature du praticien attestant la réalisation de l'examen
radiographie(s) réalisée(s) : 0 <input type="checkbox"/> 1 ou 2 <input type="checkbox"/> 3 ou 4 <input type="checkbox"/> panoramique <input type="checkbox"/>	
examen complexe : oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	
montant des honoraires : euros	
document télétransmis : oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	

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"/>
<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

## 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 :	