

# examen de prévention bucco - dentaire (maternité)

(art. L. 162-9 du Code de la sécurité sociale - avenant n° 3 à la convention nationale des chirurgiens dentistes  
- avenant n° 11 à la convention médicale)

période de validité de la prise en charge : du 1er jour du 4ème mois de grossesse jusqu'au 12ème jour après l'accouchement *partie à adresser à l'organisme d'affiliation*  
date présumée d'accouchement : 23 07 2024

| assuré(e) - bénéficiaire                                                                                                                                    | organisme d'affiliation                                                                 |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------|
| assuré(e) : BOUDOU MARIE<br>NIR : 2 95 06 98 818 012 56<br>bénéficiaire : BOUDOU MARIE<br>(si différent de l'assuré)<br>Date de naissance : 01/06/1995 RG 1 | 042 CPAM 13<br>CPAM 13<br>13421 MARSEILLE CEDEX 20<br>13 1 /C 0421                      |
| Identification du praticien                                                                                                                                 | et Identification de la structure<br>(raison sociale du cabinet, de l'établissement...) |

SOLJA

## Praticien remplaçant

|               |                                           |
|---------------|-------------------------------------------|
| identifiant   | n° de la structure (AM, FINESS, ou SIRET) |
| nom et prénom |                                           |

## Examen(s) ou acte(s) réalisé(s)

|                                                                                                                                                                          |            |                                                             |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|-------------------------------------------------------------|
| date de réalisation de l'examen                                                                                                                                          | 04 04 2024 | signature du praticien attestant la réalisation de l'examen |
| radiographie(s) réalisée(s) : 0 <input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/>                                                                                   |            |                                                             |
| montant des honoraires : 39 euros                                                                                                                                        |            |                                                             |
| document télétransmis : oui <input checked="" type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>                                                                             |            |                                                             |

X

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 |
|    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
| 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 04 04 2024

| assuré(e) - bénéficiaire                                                                                                                                    | organisme d'affiliation                                            |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------|
| assuré(e) : BOUDOU MARIE<br>NIR : 2 95 06 98 818 012 56<br>bénéficiaire : BOUDOU MARIE<br>(si différent de l'assuré)<br>Date de naissance : 01/06/1995 RG 1 | 042 CPAM 13<br>CPAM 13<br>13421 MARSEILLE CEDEX 20<br>13 1 /C 0421 |