

examen de prévention bucco - dentaire (maternité)

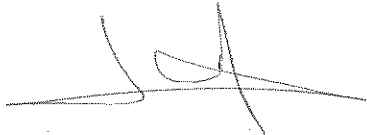
(art. L. 162-9 du Code de la sécurité sociale - avenant n° 3 à la convention nationale des chirurgiens dentistes
- avenant n° 11 à la convention médicale)

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 : 09 08 2024

assuré(e) - bénéficiaire	organisme d'affiliation
assuré(e) : KRZYZEWSKI LYDIE NIR : 2 94 07 30 189 435 34 bénéficiaire : KRZYZEWSKI LYDIE (si différent de l'assuré) Date de naissance : 25/07/1994 RG 1	403 CPAM 13 CPAM 13 13421 MARSEILLE CEDEX 20 13 1/C 0403

Identification du praticien	et	Identification de la structure (raison sociale du cabinet, de l'établissement...)
Dr DURAND Sophie 78 bd Arle barze 13010		

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 : 15/04/2024	signature du praticien attestant la réalisation de l'examen
radiographie(s) réalisée(s) : 0 ☒ 1 ou 2 ☐ 3 ou 4 ☐ panoramique ☐	
examen complexe : oui ☐ non ☐	
montant des honoraires : euros	
document télétransmis : oui ☒ non ☐	

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 : 15/04/2024

assuré(e) - bénéficiaire	organisme d'affiliation
assuré(e) : KRZYZEWSKI LYDIE NIR : 2 94 07 30 189 435 34 bénéficiaire : KRZYZEWSKI LYDIE (si différent de l'assuré) Date de naissance : 25/07/1994 RG 1	403 CPAM 13 CPAM 13 13421 MARSEILLE CEDEX 20 13 1/C 0403