

de prévention bucco - dentaire (maternité)

(art. L. 162-9 du Code de la sécurité sociale - avenant n° 2 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 :

assuré(e) - bénéficiaire	organisme d'affiliation
assuré(e) : NIR : bénéficiaire : (si différent de l'assuré) Date de naissance :	
Identification du praticien	Identification de la structure (raison sociale du cabinet, de l'établissement...)

Praticien remplaçant

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

pas de radiographie réalisée ☒

1 ou 2 radiographies réalisées ☐

3 ou 4 radiographies réalisées ☐

montant des honoraires :

euros

signature du praticien attestant la réalisation de l'examen

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

assuré(e) - bénéficiaire	organisme d'affiliation
assuré(e) : NIR : bénéficiaire : (si différent de l'assuré) Date de naissance :	