

# examen de prévention bucco-dentaire

articles L. 2132-2-1 du Code de la santé publique et L. 162-1-12 du Code de la sécurité sociale  
arrêté du 14 juin 2006 (J.O. du 18 juin 2006)

*partie à adresser  
à l'organisme d'affiliation*

date limite de réalisation de l'examen : .. / .. / .....

assuré(e) - bénéficiaire	organisme d'affiliation
assuré(e) :	
bénéficiaire :	
date de naissance :	

identification du praticien			
praticien titulaire <input type="checkbox"/>	ou collaborateur libéral <input type="checkbox"/>	praticien salarié <input type="checkbox"/>	ou remplaçant <input type="checkbox"/>
nom et prénom	nom et prénom		
adresse	adresse		
n° d'identification		n° d'identification	

examen de prévention - radiographies intrabucales réalisées	
date de l'examen	signature du praticien attestant la réalisation de l'examen L
pas de radiographie réalisée <input type="checkbox"/>	
1 ou 2 radiographies réalisées <input type="checkbox"/>	
3 ou 4 radiographies réalisées <input type="checkbox"/>	
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 - du patient (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    **S** : scellements de sillons réalisés

18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
<input type="checkbox"/>															
			55	54	53	52	51	61	62	63	64	65			
			<input type="checkbox"/>												
			85	84	83	82	81	71	72	73	74	75			
<input type="checkbox"/>															
48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38

👉 **état parodontal**

▪ parodontopathie : oui  non

👉 **besoins de soins dans le cadre du dispositif** : oui  non

si oui :

▪ détartrage

▪ scellement(s) de sillon(s) - dent(s) n° :

▪ dent(s) à soigner

👉 **besoins de soins hors du cadre du dispositif** : oui  non

si oui :

▪ ODF

▪ prothèse(s)

👉 **acte exécuté au cours de la même séance que l'examen de prévention** : oui  non

assuré(e) - bénéficiaire	organisme d'affiliation
assuré(e) :	
bénéficiaire :	
date de naissance :	