

# ESSENTIELS DE SANTÉ BUCCODENTAIRE

## Programme de traitement de la gingivite

Nom du patient : \_\_\_\_\_

**Premier rendez-vous pour un traitement** (Date \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ min/h)

<b>En cabinet</b>	_____ min/h	Conseils d'hygiène buccodentaire	_____ \$
	_____ min/h	Détartrage - Bouche complète	_____ \$
	_____ min/h	Irrigation sous-gingivale	_____ \$

**À la maison** \_\_\_\_\_ trousse Essentiels de santé buccodentaire de soins à domicile pour patients

Sous-total : \_\_\_\_\_ \$

### Deuxième rendez-vous pour un traitement

(de 4 à 6 semaines plus tard \_\_\_\_\_ min/h)

_____ min/h	Examen spécifique (vérification des points hémorragiques et réévaluation de l'hygiène buccodentaire/de la plaque)	_____ \$
_____ min/h	Détartrage	_____ \$
_____ min/h	Polissage (au besoin)	_____ \$
_____ min/h	Vernis fluoré/Désensibilisation (au besoin)	_____ \$
_____ min/h	Autre _____	_____ \$
_____ min/h	Vérification de l'hygiène buccodentaire	_____ \$

Sous-total : \_\_\_\_\_ \$

TOTAL : \_\_\_\_\_ \$

Réinitialiser