

Plan de traitement recommandé pour _____

On m'a avisé que mes gencives saignent et que j'ai des symptômes qui révèlent la présence de :

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Points hémorragiques (nombre total : _____) | <input type="checkbox"/> Parodontopathie modérée, stade 2
(poches parodontales \leq 5 mm et CAL interdentaire de 3 à 4 mm) |
| <input type="checkbox"/> Gingivite (poches parodontales < 3 mm) | |
| <input type="checkbox"/> Parodontopathie précoce, stade 1
(poches parodontales \leq 4 mm et CAL interdentaire de 1 à 2 mm) | <input type="checkbox"/> Parodontopathie avancée, stade 3 ou 4
(poches parodontales \geq 6 mm et CAL interdentaire \geq 5 mm) |

En gardant en tête que la prévention et le diagnostic précoce de la maladie des gencives sont la clé de votre santé buccodentaire, nous recommandons le traitement non chirurgical suivant afin de traiter votre infection des gencives.

Plan de traitement en cabinet

TYPE DE CAS	Nombre de rendez-vous	Frais
Type de cas 1 - Gingivite		
Type de cas 2 - Parodontopathie précoce		
Type de cas 3 - Parodontopathie modérée		
Rendez-vous de suivi		

Plan d'entretien à la maison

Produits de soins à domicile quotidiens recommandés pour favoriser la santé des gencives (entre les rendez-vous)	Trousse Essentiels de santé buccodentaire de soins à domicile pour patients* : <ul style="list-style-type: none"> • Brosse à dents électrique Oral-B® iO™ • Brossettes de rechange Oral-B® iO™ (Nettoyage ciblé, Nettoyage optimal et Soins doux) • Dentifrice Crest® Gum Detoxify™ • Soie dentaire Oral-B® Superfloss® • Brosse interdentaire compacte Oral-B® • Rince-bouche Crest® Pro-Santé Avancé • Soin de l'émail • Guide à domicile pour les patients • Cartes d'évaluation de l'hygiène buccodentaire
--	--

Je comprends que la parodontopathie est une maladie évolutive et que l'absence de traitement peut entraîner une perte des dents. Je comprends que les recommandations de traitement et ce traitement ne guériront pas la maladie mais aideront à la stabiliser et à prévenir sa progression.

☐ JE CONSENS au traitement recommandé

Signature du patient

Signature du dentiste

Signature de l'hygiéniste dentaire

Date

☐ JE NE CONSENS PAS au traitement recommandé

Signature du patient

Signature du dentiste

Signature de l'hygiéniste dentaire

Date

* La trousse de soins à domicile est incluse dans le traitement