

Evaluation de l'accès aux soins dentaires

Nom de l'enfant : Date d'évaluation :

Age de l'enfant : Evalueur :

	O	N	Remarques*
L'enfant accepte et supporte			
D'attendre			
De rentrer dans une salle de consultation dentaire			
Un fond sonore (musical ou autre)			
Le mouvement de montée et de descente du fauteuil électrique			
La position allongée du fauteuil électrique			
La lumière forte orientée vers la bouche			
D'être en présence d'une personne en blouse			
D'être en présence d'une personne qui porte un masque			
D'être en présence d'une personne qui porte des lunettes de protection			
D'être touché par une personne qui porte des gants en plastique			
Qu'on lui touche les joues			
Qu'on lui touche les lèvres			
Qu'on lui touche les dents			
Qu'on lui touche les gencives			
Que l'on introduise un petit miroir en bouche			
Que l'on introduise une sonde en bouche			
L'enfant comprend			
Ouvre la bouche			
Tu as mal ?			
Si tu as mal, lève la main			

***Noter les outils d'aides (renforçateurs, supports visuels, moyens divers)**

Situations	Descriptifs des outils et de leurs utilisations