

# Fiche de consultation dédiée à l'examen de la cavité buccale (A remplir par le médecin)

Nom du médecin : .....

e-mail : .....

Examen réalisé le : .....

**Cachet du médecin**

## RAPPEL DES CRITERES D'INCLUSION

1- Fumeur \_ Oui \_ Non

2- Age entre 30 et 75 ans \_ Oui \_ Non

3- Habitant de la Somme \_ Oui \_ Non

**Si trois « Oui », inclusion possible**

## INFORMATIONS GENERALES

Nom du patient : .....Prénom : .....

Date de naissance : .....Numéro téléphone .....

Adresse : .....

## EXAMEN CLINIQUE

**Le patient présente-t-il des signes fonctionnels :** \_ Oui \_ Non

Si oui,  Une notion d'ulcère buccal chronique \_ Une ankyloglossie

Une douleur sous prothèse dentaire \_ Une odynophagie

Douleur au niveau de la cavité buccale \_ Une mobilité dentaire

**Autres signes**

Une dysphagie \_ Une dysphonie

Une erythroplasie \_ Une leucoplasie

Une ulcération \_ Une tuméfaction cervicale ?

Une Obstruction nasale ? \_ Une épistaxis ?

**Inspection de la cavité buccale**

Y a-t-il une lésion ? \_ Oui \_ Non.

Si oui, merci de la reporter sur le « schéma A »

**Palpation au doigt de la lésion :**

Y a-t-il une induration ? \_ Oui \_ Non.

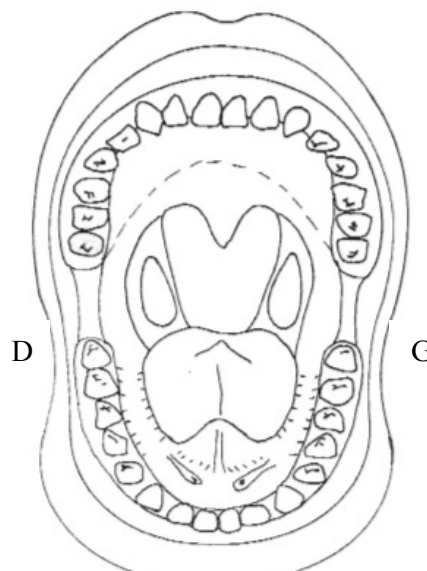


Schéma A



Moins d'un mois       Entre 1 et 6 mois       Entre 6 mois et 1 an       Plus d'un an

***Intervalle de temps depuis la dernière consultation chez le dentiste :***

Moins d'un mois       Entre 1 et 6 mois       Entre 6 mois et 1 an       Plus d'un an