

# Formulaire de déclaration des réactions dentaires indésirables

Ce formulaire peut être utilisé pour des patients ou pour des réactions professionnelles indésirables

Merci de déclarer toutes les réactions indésirables suspectes, y compris les moins importantes



<b>Renseignements relatifs à la personne atteinte:</b>  Renseignements sur la personne atteinte par celui qui la déclare: _____  Personne atteinte: <input type="checkbox"/> Patient <input type="checkbox"/> Dentiste <input type="checkbox"/> Infirmière dentaire <input type="checkbox"/> Hygiéniste dentaire <input type="checkbox"/> Prothésiste <input type="checkbox"/> Autre: _____  Age: <input type="checkbox"/> moins de 20 <input type="checkbox"/> 20-29 <input type="checkbox"/> 30-39 <input type="checkbox"/> 40-49 <input type="checkbox"/> 50-59 <input type="checkbox"/> 60+  Sexe: <input type="checkbox"/> Masculin <input type="checkbox"/> Féminin  Qui le premier a remarqué la réaction indésirable? <input type="checkbox"/> La personne atteinte <input type="checkbox"/> Vous-même  Quand la réaction indésirable a-t-elle été remarquée pour la première fois: Mois _____ Année _____  Si la réaction s'est produite après traitement dentaire/manipulation de produits dentaires, était-ce : <input type="checkbox"/> 1 h après <input type="checkbox"/> 24 h après <input type="checkbox"/> 1 semaine après <input type="checkbox"/> 1 mois après <input type="checkbox"/> mois / années <input type="checkbox"/> sans opinion  Maladies générales:  Médicaments:  Allergies connues:	<b>Réactions: (résultats objectifs et symptômes subjectifs)</b> <table border="1"><thead><tr><th></th><th colspan="2">Réaction détectée de:</th></tr><tr><th></th><th>Patient</th><th>Déclarant</th></tr></thead><tbody><tr><td><b>Réaction locale – intra-buccale:</b></td><td></td><td></td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> Réaction lichénoïde</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> Erythème</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> Plaies/vésicules</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> Atrophie</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> Autres (préciser):</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr><tr><td><b>Lésion(s) en contact avec le produit?</b></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> No</td><td></td><td></td></tr><tr><td>Remarques: _____</td><td></td><td></td></tr><tr><td><b>Réaction – lèvre/face:</b></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr><tr><td><b>Réaction générale (autre que la bouche, les lèvres et le visage):</b></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr></tbody></table>		Réaction détectée de:			Patient	Déclarant	<b>Réaction locale – intra-buccale:</b>			<input type="checkbox"/> Réaction lichénoïde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Erythème	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Plaies/vésicules	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Atrophie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Autres (préciser):	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>Lésion(s) en contact avec le produit?</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> No			Remarques: _____			<b>Réaction – lèvre/face:</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>Réaction générale (autre que la bouche, les lèvres et le visage):</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Réaction détectée de:																																							
	Patient	Déclarant																																						
<b>Réaction locale – intra-buccale:</b>																																								
<input type="checkbox"/> Réaction lichénoïde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																						
<input type="checkbox"/> Erythème	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																						
<input type="checkbox"/> Plaies/vésicules	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																						
<input type="checkbox"/> Atrophie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																						
<input type="checkbox"/> Autres (préciser):	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																						
<b>Lésion(s) en contact avec le produit?</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																						
<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> No																																								
Remarques: _____																																								
<b>Réaction – lèvre/face:</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																						
<b>Réaction générale (autre que la bouche, les lèvres et le visage):</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																						

<b>Précision sur le produit</b> (indiquer si possible le nom et le fabricant): _____ _____  <b>Type de traitement(s) dentaires suspectés:</b> _____ _____  <b>Evaluation du rapport:</b>  Evaluation du rapport entre le(s) produit(s) et la ou les réaction(s) par celui qui fait la déclaration: <input type="checkbox"/> Probable <input type="checkbox"/> Possible <input type="checkbox"/> Peu certain <input type="checkbox"/> Improbable  Evaluation du rapport entre le(s) produit(s) et la ou les réaction(s) par la personne atteinte: <input type="checkbox"/> Probable <input type="checkbox"/> Possible <input type="checkbox"/> Peu certain <input type="checkbox"/> Improbable  <b>Degré de la réaction:</b> <input type="checkbox"/> Atténuée <input type="checkbox"/> Modérée <input type="checkbox"/> Grave  <b>Duré de la réaction:</b> ____ heure(s) _____ mois _____ année(s)	<b>Catégories de matériau:</b> <input type="checkbox"/> Amalgame <input type="checkbox"/> Composite <input type="checkbox"/> Compomere <input type="checkbox"/> Verre ionomère <input type="checkbox"/> chemopolymérisable <input type="checkbox"/> photopolymérisable <input type="checkbox"/> Matériau de liaison ("primer/liaison") <input type="checkbox"/> Produits de mordantage <input type="checkbox"/> Protection dentinaire/bases <input type="checkbox"/> Scellements pour puits de fissures <input type="checkbox"/> Films de protection (par ex. vernis) <input type="checkbox"/> Produits de protection pulpaire <input type="checkbox"/> Produits pour l'endodontie <input type="checkbox"/> Matériaux de scellement <input type="checkbox"/> à base d'eau <input type="checkbox"/> contenant de la résine <input type="checkbox"/> Métal céramique <input type="checkbox"/> métal/alliage <input type="checkbox"/> céramique <input type="checkbox"/> Couronne/bridge, inlays (non metal céramique) <input type="checkbox"/> métal/alliage <input type="checkbox"/> contenant de la résine <input type="checkbox"/> céramique <input type="checkbox"/> Matériau pour prothèses <input type="checkbox"/> métal/alliage <input type="checkbox"/> contenant de la résine <input type="checkbox"/> Matériau pour orthodontie <input type="checkbox"/> métal/alliage <input type="checkbox"/> contenant de la résine <input type="checkbox"/> Matériau pour implants dentaires <input type="checkbox"/> Matériau pour empreinte <input type="checkbox"/> Hydrocolloïds <input type="checkbox"/> Elastomère <input type="checkbox"/> Produits temporaires, préciser: _____  <input type="checkbox"/> Produits de consommation (par ex. gants, digue de caoutchouc) préciser: _____	<b>Renseignements supplémentaires:</b> _____ _____  <b>Coordonnées de celui qui fait la déclaration: (Ecrire lisiblement)</b>  Titre: _____  Nom: _____  Adresse: _____ _____  Code postal: _____  <input type="checkbox"/> Dentiste <input type="checkbox"/> Médecin <input type="checkbox"/> Hygiéniste <input type="checkbox"/> Prothésiste dentaire <input type="checkbox"/> Dermatologue <input type="checkbox"/> Autres (préciser svp) _____  Téléphone: _____  Email: _____  Date: _____
--	---	--

Adresse postale:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Coordonnées:

Email: \_\_\_\_\_  
Tel: \_\_\_\_\_  
Fax: \_\_\_\_\_  
Site web: \_\_\_\_\_