

## SANTE ORALE DANS NUTRINET

### Santé orale 1

**D'une manière générale, pour chaque catégorie d'aliments, indiquez quelle est votre fréquence de consommation.**

	2-3 fois par jour ou plus	1 fois par jour	4-6 fois par semaine	2-3 fois par semaine	1 fois par semai ne	Moins d'une fois par semaine *	Ja mai s *
Viandes (rouge, blanche, volaille)							
Jambon blanc							
Charcuterie type saucisson sec et jambon cru (sauf jambon blanc et pâtés)							
Poissons, fruits de mer							
Œufs							
Fromages (sauf fromage blanc)							
Produits laitiers (yaourt, fromage blanc, lait...)							
Légumes crus							
Légumes cuits							
Pommes de terre, pâtes, riz (standards)							
Légumes secs (lentilles, fèves, haricots secs...)							
Pain blanc (sauf pain de mie)							
Pain complet, pâtes ou riz complet							
Fruits crus							
Fruits cuits (tarte aux fruits, compotes)							
Jus de fruit							
Desserts sucrés (gâteau, crème)							
Glace, sorbet glacé							
Gâteaux et biscuits secs							
Friandises (bonbons, carrés de chocolat...)							
Boissons sucrées non alcoolisées (soda, sauf jus de fruit)							

Indiquez pour quelle raison vous ne consommez pas ou peu cette catégorie d'aliments (une seule réponse possible). Pour chaque catégorie d'aliments, si la personne coche « moins d'une fois par semaine » ou « jamais », elle doit indiquer la raison principale de non consommation en sélectionnant une réponse parmi les propositions suivantes :

1. Je n'aime pas
2. Un membre de mon foyer n'aime pas
3. C'est trop cher
4. Je n'en consomme qu'à certaines occasions rares (repas de famille, invitations...)
5. Je n'y pense pas/cela ne m'est pas proposé (portage de repas, EHPAD...)
6. Je pense que ce n'est pas bon pour moi, pour ma santé, ou que cela peut me faire grossir
7. Mon médecin me le déconseille ou me l'interdit
8. C'est difficile à trouver lors des courses
9. C'est difficile à cuisiner, je ne sais pas le cuisiner, ou ça prend trop de temps pour le cuisiner
10. C'est difficile à mâcher ou avaler
11. Je ne le digère pas
12. Ce n'est pas dans mes habitudes
13. Je n'ai pas/plus d'appétit, j'éprouve du dégoût pour les aliments ou je n'en ressens pas le besoin/l'envie
14. Mes préférences changent au cours du temps

### **Santé orale 2 :**

Comment estimez-vous votre **santé orale** globalement ? (1 seule réponse possible)

- Excellente     Très bonne     Bonne     Passable     Mauvaise     Très mauvaise
- Je ne sais pas

### **Santé orale 3**

Les questions suivantes sont destinées à mesurer si vous souffrez d'un manque de salive.

Indiquez à quelle fréquence la situation décrite se produit pour vous (1 seule réponse possible)

	1	2	3	4	5
	Jamais	Rarement	Parfois	Souvent	Toujours

1. Je bois pour m'aider à avaler la nourriture					
2. J'ai la sensation d'avoir la bouche sèche quand je mange pendant un repas					
3. J'ai la sensation d'avoir les lèvres sèches					
4. J'ai des difficultés à avaler certains aliments					
5. J'ai la sensation d'avoir toujours la bouche sèche					
6. Je me lève la nuit pour boire					
7. J'ai des difficultés à manger des aliments secs					
8. J'ai la sensation d'avoir les yeux secs					
9. Je suce des bonbons ou des glaces pour soulager ma sensation de bouche sèche					
10. J'ai la sensation d'avoir les narines sèches					
11. J'ai la sensation que la peau de mon visage est sèche					

## Santé orale 4

Les questions suivantes sont destinées à évaluer si et comment votre état bucco-dentaire affecte votre vie quotidienne. Pour répondre à chaque question, référez-vous à la période des **3 derniers mois** (1 seule réponse possible).

Au cours des **trois derniers mois** :

- 1 Avez-vous limité la quantité d'aliments ou le choix de certains aliments en raison de problèmes de dents ou d'appareil dentaire ?  
 jamais       rarement       parfois       souvent       toujours
- 2 Avez-vous eu des difficultés pour mordre ou mastiquer certains aliments durs tels que de la viande ou une pomme ?  
 jamais       rarement       parfois       souvent       toujours
- 3 Avez-vous pu avaler convenablement ?  
 jamais       rarement       parfois       souvent       toujours
- 4 Vos dents ou vos appareils dentaires vous ont-ils empêché(e) de parler comme vous le vouliez ?  
 jamais       rarement       parfois       souvent       toujours
- 5 Avez-vous pu manger de manière confortable ?  
 jamais       rarement       parfois       souvent       toujours
- 6 Avez-vous limité vos contacts avec les gens à cause de vos dents, de vos gencives ou de vos appareils dentaires ?  
 jamais       rarement       parfois       souvent       toujours
- 7 Avez-vous été satisfait(e) ou content(e) de l'aspect de vos dents, de vos gencives ou de vos appareils dentaires ?  
 jamais       rarement       parfois       souvent       toujours
- 8 Avez-vous pris un (des) médicament(s) pour soulager la douleur ou une sensation d'inconfort dans votre bouche ?  
 jamais       rarement       parfois       souvent       toujours
- 9 Vos problèmes de dents, de gencives ou d'appareils dentaires vous ont-ils inquiété(e) ou préoccupé(e) ?  
 jamais       rarement       parfois       souvent       toujours
- 10 Vous êtes-vous senti(e) gêné(e) ou mal à l'aise à cause de problèmes avec vos dents, vos gencives ou vos appareils dentaires ?  
 jamais       rarement       parfois       souvent       toujours
- 11 Avez-vous éprouvé de l'embarras pour manger devant les autres à cause de problèmes avec vos dents ou vos appareils dentaires ?  
 jamais       rarement       parfois       souvent       toujours
- 12 Vos dents ou vos gencives ont-elles été sensibles au froid, au chaud ou aux aliments sucrés ?  
 jamais       rarement       parfois       souvent       toujours

## **Santé orale et alimentation 5**

Les questions suivantes sont destinées à évaluer les difficultés que vous pourriez avoir ou ne pas avoir vécu **pendant le dernier mois**.

**Au cours du dernier mois**, avez-vous eu des difficultés pour mordre les aliments, c'est-à-dire pour **couper, percer ou déchirer les aliments à l'aide des dents antérieures** ?

<input type="checkbox"/>	Aucune difficulté (pas de déficience)
<input type="checkbox"/>	Vous avez eu une difficulté d'une intensité que vous pouvez supporter et qui est apparue rarement (moins de 1 fois sur 4 ; déficience légère)
<input type="checkbox"/>	Vous avez eu une difficulté, d'une intensité qui a eu un effet sur votre vie quotidienne et qui est apparue occasionnellement (moins de 1 fois sur 2 ; déficience modérée).
<input type="checkbox"/>	Vous avez eu une difficulté, d'une intensité qui a perturbé votre vie quotidienne et qui est apparue fréquemment (plus de 1 fois sur 2, mais pas à chaque fois ; déficience grave)
<input type="checkbox"/>	Vous avez eu une difficulté d'une intensité qui a complètement perturbé votre vie quotidienne, et qui est apparue à chaque fois (au moins 9 fois sur 10 ; déficience totale)

**Au cours du dernier mois**, avez-vous eu des difficultés pour mastiquer les aliments, c'est-à-dire pour **écraser et travailler les aliments avec les dents postérieures** ?

<input type="checkbox"/>	Aucune difficulté (pas de déficience)
<input type="checkbox"/>	Vous avez eu une difficulté d'une intensité que vous pouvez supporter et qui est apparue rarement (moins de 1 fois sur 4 ; déficience légère)
<input type="checkbox"/>	Vous avez eu une difficulté, d'une intensité qui a eu un effet sur votre vie quotidienne et qui est apparue occasionnellement (moins de 1 fois sur 2 ; déficience modérée).
<input type="checkbox"/>	Vous avez eu une difficulté, d'une intensité qui a perturbé votre vie quotidienne et qui est apparue fréquemment (plus de 1 fois sur 2, mais pas à chaque fois ; déficience grave)
<input type="checkbox"/>	Vous avez eu une difficulté d'une intensité qui a complètement perturbé votre vie quotidienne, et qui est apparue à chaque fois (au moins 9 fois sur 10 ; déficience totale)

**Au cours du dernier mois**, avez-vous eu des difficultés pour manipuler les aliments dans la bouche, c'est-à-dire pour faire **bouger les aliments dans la bouche avec les dents et la langue** ?

<input type="checkbox"/>	Aucune difficulté (pas de déficience)
<input type="checkbox"/>	Vous avez eu une difficulté d'une intensité que vous pouvez supporter et qui est apparue rarement (moins de 1 fois sur 4 ; déficience légère)
<input type="checkbox"/>	Vous avez eu une difficulté, d'une intensité qui a eu un effet sur votre vie quotidienne et qui est apparue occasionnellement (moins de 1 fois sur 2 ; déficience modérée).
<input type="checkbox"/>	Vous avez eu une difficulté, d'une intensité qui a perturbé votre vie quotidienne et qui est apparue fréquemment (plus de 1 fois sur 2, mais pas à chaque fois ; déficience grave)
<input type="checkbox"/>	Vous avez eu une difficulté d'une intensité qui a complètement perturbé votre vie quotidienne, et qui est apparue à chaque fois (au moins 9 fois sur 10 ; déficience totale)

**Au cours du dernier mois**, avez-vous eu des difficultés pour **produire de la salive** ?

<input type="checkbox"/>	Aucune difficulté (pas de déficience)
<input type="checkbox"/>	Vous avez eu une difficulté d'une intensité que vous pouvez supporter et qui est apparue rarement (moins de 1 fois sur 4 ; déficience légère)

<input type="checkbox"/>	Vous avez eu une difficulté, d'une intensité qui a eu un effet sur votre vie quotidienne et qui est apparue occasionnellement (moins de 1 fois sur 2 ; déficience modérée).
<input type="checkbox"/>	Vous avez eu une difficulté, d'une intensité qui a perturbé votre vie quotidienne et qui est apparue fréquemment (plus de 1 fois sur 2, mais pas tout le temps ; déficience grave)
<input type="checkbox"/>	Vous avez eu une difficulté d'une intensité qui a complètement perturbé votre vie quotidienne, et qui est apparue presque tout le temps (au moins 9 fois sur 10 ; déficience totale)

**Au cours du dernier mois**, avez-vous eu des difficultés pour **déglutir** (avaler), c'est-à-dire pour faire passer les aliments et les boissons par la cavité buccale, le pharynx et l'œsophage vers l'estomac, en quantité et à une vitesse appropriée ?

<input type="checkbox"/>	Aucune difficulté (pas de déficience)
<input type="checkbox"/>	Vous avez eu une difficulté d'une intensité que vous pouvez supporter et qui est apparue rarement (moins de 1 fois sur 4 ; déficience légère)
<input type="checkbox"/>	Vous avez eu une difficulté, d'une intensité qui a eu un effet sur votre vie quotidienne et qui est apparue occasionnellement (moins de 1 fois sur 2 ; déficience modérée).
<input type="checkbox"/>	Vous avez eu une difficulté, d'une intensité qui a perturbé votre vie quotidienne et qui est apparue fréquemment (plus de 1 fois sur 2, mais pas à chaque fois ; déficience grave)
<input type="checkbox"/>	Vous avez eu une difficulté d'une intensité qui a complètement perturbé votre vie quotidienne, et qui est apparue à chaque fois (au moins 9 fois sur 10 ; déficience totale)

**Au cours du dernier mois**, avez-vous eu des difficultés pour **prendre soin de vos dents**, par exemple pour vous brosser les dents, utiliser du fil dentaire, ou prendre soin d'une prothèse ou d'un appareil dentaire ?

<input type="checkbox"/>	Aucune difficulté (pas de déficience)
<input type="checkbox"/>	Vous avez eu une difficulté d'une intensité que vous pouvez supporter et qui est apparue rarement (moins de 1 fois sur 4 ; déficience légère)
<input type="checkbox"/>	Vous avez eu une difficulté, d'une intensité qui a eu un effet sur votre vie quotidienne et qui est apparue occasionnellement (moins de 1 fois sur 2 ; déficience modérée).
<input type="checkbox"/>	Vous avez eu une difficulté, d'une intensité qui a perturbé votre vie quotidienne et qui est apparue fréquemment (plus de 1 fois sur 2, mais pas à chaque fois ; déficience grave)
<input type="checkbox"/>	Vous avez eu une difficulté d'une intensité qui a complètement perturbé votre vie quotidienne, et qui est apparue à chaque fois (au moins 9 fois sur 10 ; déficience totale)

**Au cours du dernier mois**, avez-vous eu des difficultés pour **manger**, c'est à dire pour coordonner les gestes nécessaires pour pouvoir consommer des aliments qui ont été servis : les porter à la bouche, les consommer de façon culturellement acceptable, couper ou rompre la nourriture en petits morceaux, ouvrir les bouteilles et les canettes, utiliser les couverts, prendre des repas, festoyer, dîner ?

<input type="checkbox"/>	Aucune difficulté (pas de déficience)
<input type="checkbox"/>	Vous avez eu une difficulté d'une intensité que vous pouvez supporter et qui est apparue rarement (moins de 1 fois sur 4 ; déficience légère)
<input type="checkbox"/>	Vous avez eu une difficulté, d'une intensité qui a eu un effet sur votre vie quotidienne et qui est apparue occasionnellement (moins de 1 fois sur 2 ; déficience modérée).
<input type="checkbox"/>	Vous avez eu une difficulté, d'une intensité qui a perturbé votre vie quotidienne et qui est apparue fréquemment (plus de 1 fois sur 2, mais pas à chaque fois ; déficience grave)

<input type="checkbox"/>	Vous avez eu une difficulté d'une intensité qui a complètement perturbé votre vie quotidienne, et qui est apparue à chaque fois (au moins 9 fois sur 10 ; déficience totale)
--------------------------	--

**Au cours du dernier mois**, avez-vous eu des difficultés pour **boire**, c'est à dire pour coordonner les gestes nécessaires pour prendre une boisson, la porter à la bouche et la consommer de façon culturellement acceptable, pour mélanger, agiter et verser des liquides à boire, pour ouvrir des bouteilles et des canettes, pour boire à la paille ou au robinet ou à une fontaine ?

<input type="checkbox"/>	Aucune difficulté (pas de déficience)
<input type="checkbox"/>	Vous avez eu une difficulté d'une intensité que vous pouvez supporter et qui est apparue rarement (moins de 1 fois sur 4 ; déficience légère)
<input type="checkbox"/>	Vous avez eu une difficulté, d'une intensité qui a eu un effet sur votre vie quotidienne et qui est apparue occasionnellement (moins de 1 fois sur 2 ; déficience modérée).
<input type="checkbox"/>	Vous avez eu une difficulté, d'une intensité qui a perturbé votre vie quotidienne et qui est apparue fréquemment (plus de 1 fois sur 2, mais pas à chaque fois ; déficience grave)
<input type="checkbox"/>	Vous avez eu une difficulté d'une intensité qui a complètement perturbé votre vie quotidienne, et qui est apparue à chaque fois (au moins 9 fois sur 10 ; déficience totale)

**Au cours du dernier mois**, avez-vous eu des difficultés pour **prendre soin de votre santé**, c'est-à-dire pour avoir un régime alimentaire équilibré, pour avoir un niveau d'activité physique approprié, pour consulter des professionnels si nécessaire ou pour suivre les consignes de votre médecin ?

<input type="checkbox"/>	Aucune difficulté (pas de déficience)
<input type="checkbox"/>	Vous avez eu une difficulté d'une intensité que vous pouvez supporter et qui est apparue rarement (moins de 1 fois sur 4 ; déficience légère)
<input type="checkbox"/>	Vous avez eu une difficulté, d'une intensité qui a eu un effet sur votre vie quotidienne et qui est apparue occasionnellement (moins de 1 fois sur 2 ; déficience modérée).
<input type="checkbox"/>	Vous avez eu une difficulté, d'une intensité qui a perturbé votre vie quotidienne et qui est apparue fréquemment (plus de 1 fois sur 2, mais pas à chaque fois ; déficience grave)
<input type="checkbox"/>	Vous avez eu une difficulté d'une intensité qui a complètement perturbé votre vie quotidienne, et qui est apparue à chaque fois (au moins 9 fois sur 10 ; déficience totale)

**Au cours du dernier mois**, avez-vous eu des difficultés pour **préparer les repas**, c'est-à-dire pour planifier, organiser, préparer et servir des repas simples ou compliqués et les boissons pour vous et les autres, en établissant un menu, en choisissant des aliments et des boissons, en réunissant les ingrédients pour préparer les repas, en cuisant et en préparant les aliments et les boissons froides, en servant les repas ?

<input type="checkbox"/>	Aucune difficulté (pas de déficience)
<input type="checkbox"/>	Vous avez eu une difficulté d'une intensité que vous pouvez supporter et qui est apparue rarement (moins de 1 fois sur 4 ; déficience légère)
<input type="checkbox"/>	Vous avez eu une difficulté, d'une intensité qui a eu un effet sur votre vie quotidienne et qui est apparue occasionnellement (moins de 1 fois sur 2 ; déficience modérée).
<input type="checkbox"/>	Vous avez eu une difficulté, d'une intensité qui a perturbé votre vie quotidienne et qui est apparue fréquemment (plus de 1 fois sur 2, mais pas à chaque fois ; déficience grave)

<input type="checkbox"/>	Vous avez eu une difficulté d'une intensité qui a complètement perturbé votre vie quotidienne, et qui est apparue à chaque fois (au moins 9 fois sur 10 ; déficience totale)
--------------------------	--

**Au cours du dernier mois**, avez-vous eu des difficultés pour **parler**, c'est-à-dire pour produire des phrases et exprimer un fait ou raconter oralement une histoire ?

<input type="checkbox"/>	Aucune difficulté (pas de déficience)
<input type="checkbox"/>	Vous avez eu une difficulté d'une intensité que vous pouvez supporter et qui est apparue rarement (moins de 1 fois sur 4 ; déficience légère)
<input type="checkbox"/>	Vous avez eu une difficulté, d'une intensité qui a eu un effet sur votre vie quotidienne et qui est apparue occasionnellement (moins de 1 fois sur 2 ; déficience modérée).
<input type="checkbox"/>	Vous avez eu une difficulté, d'une intensité qui a perturbé votre vie quotidienne et qui est apparue fréquemment (plus de 1 fois sur 2, mais pas à chaque fois ; déficience grave)
<input type="checkbox"/>	Vous avez eu une difficulté d'une intensité qui a complètement perturbé votre vie quotidienne, et qui est apparue à chaque fois (au moins 9 fois sur 10 ; déficience totale)