

LÉSION DENTAIRE LAA (CONSTATATION)



Il convient d'attendre la garantie de prise en charge de SOLIDA, sauf pour les traitement urgents.

N° du dossier de cas: _____ Date de l'accident: _____

PRENEUR D'ASSURANCE

Nom _____ NPA/Localité _____
Rue, n° _____ Téléphone/Fax _____

ASSURÉ

Nom _____ Sexe masculin féminin
Prénom _____ N° AVS/AS _____
Rue, n° _____ Date de naissance _____
NPA/Localité _____ Profession _____

1 DÉROULEMENT DE L'ACCIDENT Date du 1^{er} examen _____

2 DENTURE au moment de l'établissement du rapport (biffer les dents manquantes)

18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25
48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35

3 SÉQUELLES DE L'ACCIDENT

3.1.1 Dents totalement luxées (perdues)	8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8
	8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8
3.1.2 Dents luxées (déplacées)	8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8
	8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8
3.1.3 Dents subluxées (branlantes)	8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8
	8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8
3.1.4 Dents contusionnées (heurtées)	8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8
	8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8
3.1.5 Fracture de couronne sans lésion de la pulpe	8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8
	8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8
3.1.6 Fracture de couronne avec lésion de la pulpe	8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8
	8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8
3.1.7 Fracture de racine	8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8
	8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8

3.2 Os maxillaire ou parties molles

3.3 Dommage à des prothèses ou dents artificielles / dommages à des appareils orthopédiques du maxillaire (indications précises de l'appareil et de l'étendue du dommage)

4 ÉTAT DU RESTE DE LA DENTURE Faire également une remarque dans la rubrique ad hoc s'il n'y a rien à redire.

4.1	Dents manquantes non remplacées	8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8
	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui, laquelle/lesquelles?	8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8
4.2	Dents défectueuses non traitées	8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8
	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui, laquelle/lesquelles?	8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8
4.3	Dents réparées	8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8
	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui, laquelle/lesquelles?	8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8
4.4	Dents atteintes de parodontose	8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8
	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui, laquelle/lesquelles?	8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8

4.5 Couronnes, ponts, prothèses, appareils orthopédiques (type et étendue du remplacement ou de l'appareil, décrire précisément)

5 MESURES IMMÉDIATES

5.1 Mesures diagnostiques et résultats (radiographies, tests de vitalité, mobilité des dents voisines et antagonistes)

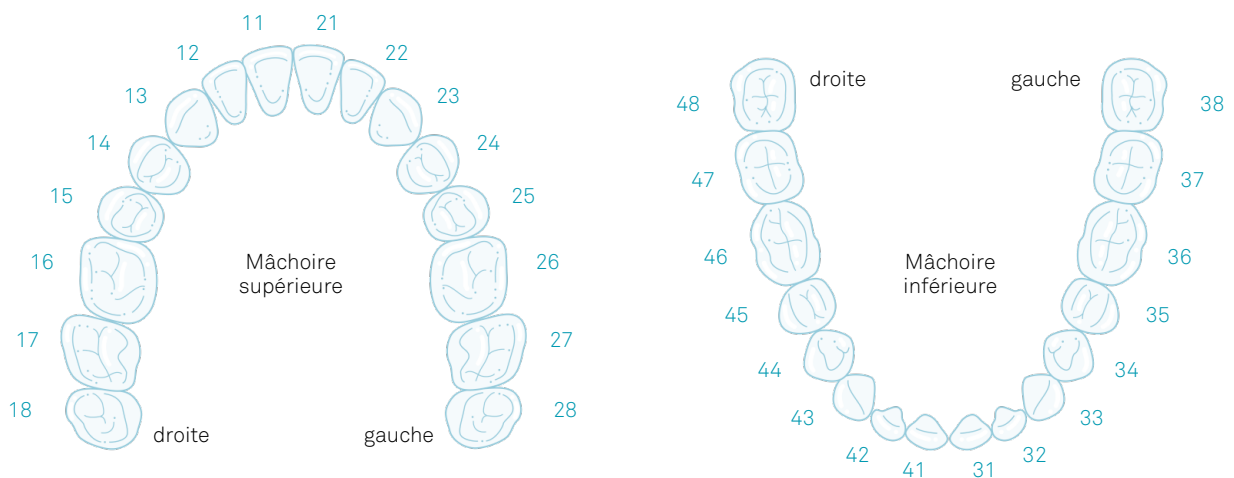
5.2 Mesures thérapeutiques

6 PROPOSITIONS POUR LE TRAITEMENT INTERMÉDIAIRE – ÉVOLUTION ULTÉRIEURE PROBABLE (justifier)

- Observation nécessaire pendant au moins _____ an(s).
- Traitement d'orthopédie maxillo-faciale devenu nécessaire ou rendu plus compliqué par suite de l'accident.
La consultation d'un spécialiste SSO en orthopédie maxillo-faciale reste réservée.
- Un traitement définitif ne pourra probablement être envisagé qu'après une période d'observation de _____

7 PROPOSITIONS POUR LE TRAITEMENT DÉFINITIF (pour autant que cela soit possible au moment de la rédaction de ce rapport)

8 SCHÉMA DES SOINS ENVISAGÉS (à remplir par le dentiste)



Lieu/date _____

Dentiste _____

Téléphone _____

Signature/timbre _____