

## Lésions dentaires: Constatations/Devis

Ce formulaire doit être rempli par votre dentiste.

<b>Personne assurée</b>	Nom, prénom
	N° d'assuré(e)
	Accident du
	Groupe Helsana
	Centre de services
	Groupe Dentaire

Avenue de Provence 15, 1007 Lausanne

**1 Date de la première consultation** \_\_\_\_\_

**Déroulement de l'accident** \_\_\_\_\_

**2 État des dents au moment de l'établissement du rapport** (les dents manquantes doivent être cochées)

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**  **État de toutes les dents avant la lésion dentaire**

**État de toutes les dents au moment de l'établissement du rapport** (si état antérieur inconnu)

**Dents avec traitement de racine**

**Dents défectueuses non traitées**

**Dents réparées**

**Dents atteintes de parodontose**

**Couronnes, ponts**

**Prothèses**

**Genre de l'appareil orthopédique maxillaire**

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
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
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
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
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
8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8

**4 Dommages dus à l'accident** (cocher) Pour les dents de lait, prière d'utiliser les positions 5–8

**a) Dents**

**totalemment luxées (perdues)**

**luxées (déplacées)**

**subluxées (devenues branlantes)**

**contusionnées (heurtées)**

**frac. de couronne sans lésion de la pulpe**

**frac. de couronne avec lésion de la pulpe**

**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
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
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
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
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
8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8

Suite à la page suivante

Personne assurée

Nom, prénom

N° de sinistre

4 b) Os maxillaire ou parties molles

c) Dommage à des prothèses ou dents artificielles/dommage à des appareils ortho-pédiques maxillaires (indications précises du genre de travaux resp. de l'appareil et de l'étendue du dommage)

5 Mesures immédiates

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

b) Mesures thérapeutiques

6 Propositions pour le traitement inter-médiaire, évolution ultérieure probable

- Observation nécessaire pendant au moins année(s).
Traitement d'orthopédie maxillaire devenu nécessaire ou rendu plus compliqué par suite de l'accident. La consultation d'un spécialiste SSO en orthopédie maxillaire reste réservée.
Un traitement définitif ne pourra 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

8 Schéma des travaux envisagés (à remplir par le dentiste)

droit mâchoire gauche droit mâchoire gauche supérieure inférieure



9 Devis

marquer d'un\* les chiffres correspondant aux prestations déjà exécutées

Table with 8 columns: Dent N°, Chiffre tarif, Genre de traitement, Points, Dent N°, Chiffre tarif, Genre de traitement, Points. Includes a 'Total points' row and a calculation row for CHF value.

Lieu et date

Timbre et signature

Les radiographies éventuelles (portant le nom et le numéro des dents) doivent être jointes au présent formulaire. Le médecin-dentiste conserve le double pour son dossier.