

Assurance militaire

Lésions dentaires: Constatations

suva

N° d'assuré:
Date de maladie/accident:

Assuré(e)	N° d'assurance sociale:	Date de naissance / Sexe: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
Nom:	Prénom:	E-Mail:
Rue, n°:	NPA:	Domicile:

1. Mécanisme de l'accident

Date de la première consultation: _____

2. Etat des dents

les dents manquantes doivent être biffées

18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28	55	54	53	52	51	61	62	63	64	65
48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38	85	84	83	82	81	71	72	73	74	75

3. Dommages dus à 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 (devenues 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. Constatations concernant la maladie

- 4.1 Diagnostic-LAMal []
4.2 Article-OPAS [] lett. [] chiffre []
4.3 Rapport médical non oui

5. Etat de la dent atteinte avant la maladie/l'accident

[]

6. Etat du reste de la denture (mâchoires supérieure et inférieure) (noter les chiffres du schéma de la denture)

	aucune	oui		8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8
6.1 dents manquantes non remplacées	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	lesquelles.....	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
6.2 dents défectueuses non traitées	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	lesquelles.....	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
6.3 dents réparées	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	lesquelles.....	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
6.4 dents atteintes de parodontose	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	lesquelles.....	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

6.5 couronnes, ponts, prothèses, appareils orthopédiques (genre et étendue du remplacement ou de l'appareil à décrire exactement)

[]

7. Mesures immédiates

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

[]

7. Mesures immédiates

7.2 Mesures thérapeutiques

8. Propositions pour le traitement intermédiaire - évolution ultérieure probable (à motiver)

Observation nécessaires pendant au moins [] années

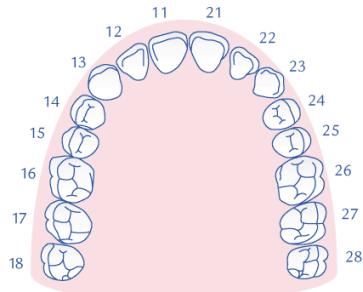
Traitement d'orthopédie maxillo-faciale devenu nécessaire ou rendu plus compliqué par suite de l'accident.
La consultation d'un spécialiste SSO en orthopédie maxillo-faciale reste réservées.

Un traitement définitif ne pourra probablement être envisagé qu'après une période d'observation de []

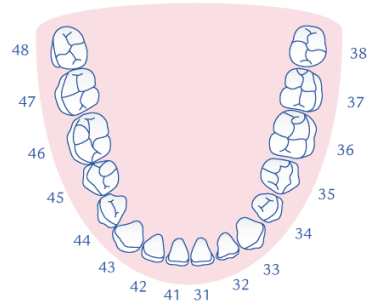
9. Propositions pour le traitement définitif (pour autant que cela soit possible au moment de la rédaction de ce rapport)

10. Schéma des travaux envisagés (à remplir par le dentiste)

droite Mâchoire supérieure gauche



droite Mâchoire inférieure gauche



Date: []

Dentiste: []

Signature: _____
superflu pour envoi électronique

Mail: [] Tél.: []

GLN: [] RCC: []

Note: Le devis ou la facture peut être envoyé électroniquement à la compagnie d'assurance militaire via Medidata. N° GLN: 7601003003130

Avec le bouton «Envoyer des données» vous pouvez envoyer les données électroniquement à l'Assurance militaire.