

Lésions dentaires: Constatations

suva

Prière d'attendre l'approbation de la Suva pour autant que des mesures urgentes ne soient pas nécessaires

Numéro de sinistre:

Date/heure de l'acc.:

Employeur	N° Tél.:
	N° Fax:
Blessé Prénom nom, Rue, NP lieu:	Sexe:
	N° AS / N° AVS:
	Date de naiss.:
1. Mécanisme de l'accident Date de la première consultation:	
2. Etat des dents	
les dents manquantes	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
doivent être biffées	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. Etat du reste de la denture

aucune oui

(mâchoires supérieure et inférieure) (noter les chiffres du schéma de la denture)

4.1 dents manquantes non remplacées.....

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

4.2 dents défectueuses non traitées.....

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

4.3 dents réparées.....

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

4.4 dents atteintes de parodontose.....

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

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

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 (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 _____

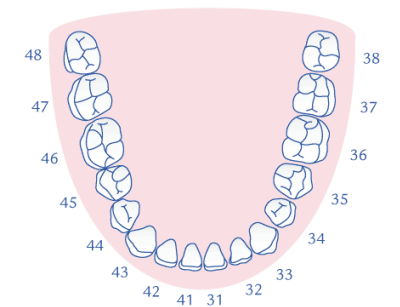
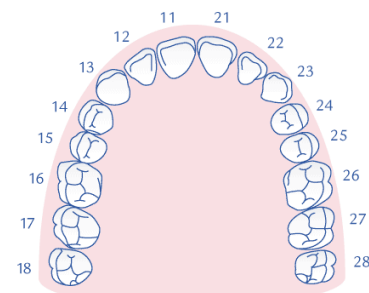
7. Propositions pour le traitement définitif (pour autant que cela soit possible au moment de la rédaction de ce rapport)

Si un traitement implantaire est souhaité, veuillez joindre à ce formulaire la documentation suivante: 2 radiographies récentes de type Bite-Wings, une photo intrabuccale du site à implanter, gencive bien visible et une photo frontale des 2 mâchoires en occlusion, gencive aussi bien visible.

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

Les radiographies éventuelles –portant le nom, la date et le numéro des dents– doivent être jointes à ce formulaire!

droite Mâchoire supérieure gauche droite Mâchoire inférieure gauche



Date:

Dentiste:

Signature: _____
superflu pour envoi électronique

GLN:

RCC:

Tél.:

Transmission électronique

Avec le bouton «Envoyer» vous pouvez envoyer les données électroniquement à Suva.