Lésions dentaires: Constatations

suva

Remplir et envoyer ne fonctionnera pas correctement - Javascript est désactivé!
Acrobat Reader avec Javascript actif est nécessaire pour un traitement correct.

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. Méchanisme 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
48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38

~~55~~	~~54~~	~~53~~	~~52~~	~~51~~	~~61~~	~~62~~	~~63~~	~~64~~	~~65~~						
~~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)

© by suva, medforms.40.40.10.5090.fr/V114

4. Etat du reste de la denture

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

	aucune	oui	
4.1 dents manquantes non remplacées.....	◯	◯	lesquelles.....
4.2 dents défectueuses non traitées.....	◯	◯	lesquelles.....
4.3 dents réparées.....	◯	◯	lesquelles.....
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

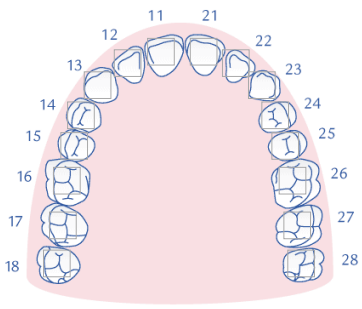
7. Propositions pour le traitement définitif (pour autant que cela soit possible au moment de la rédaction de ce rapport)

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.

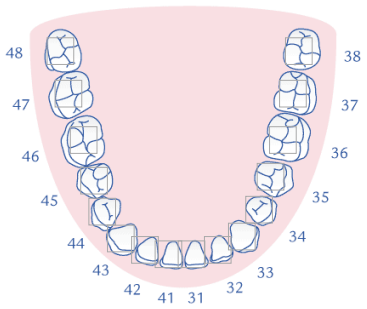
8. Schéma des travaux envisagés (à remplir par le dentiste)

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: _____ GLN: RCC: Tél.:

superflu pour envoi électronique

Transmission électronique

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

© by suva, medforms.40.40.10.5090.fr/V114

Champ supplémentaire: