

## Formulaire pour médecine dentaire sociale

Examens, diagnostic, planification, devis

Etat: Janvier 2016

### 1. Patient / Patiente

<p>N° AVS / N° patient</p> <p>Nom, prénom</p> <p>Année de naissance</p> <p>Adresse</p> <p>NPA Lieu</p>	
--	--

### 2. Prestataire: Services sociaux / Organe-PC / Autorité tutélaire

<p>Nom, désignation</p> <p>Adresse</p> <p>NPA Lieu</p> <p>Gestionnaire, téléphone, courriel</p>	<p>Domaine: asile / aide sociale / prestations complémentaires / autre</p>
---	--

### 3. Nom du dentiste ou clinique dentaire

<p>Nom, raison sociale</p> <p>Adresse</p> <p>NPA Lieu</p> <p>Dentiste actuel</p> <p>Gestionnaire, téléphone, courriel</p> <p>N° RCC du dentiste</p>	
---	--

### 4. Levée du secret médical

Le soussigné/la soussignée autorise le ou la médecin-dentiste traitant à donner aux autorités et aux organismes sociaux cités ci-dessus au chiffre 2.) ainsi qu'à leur médecin-dentiste conseil des informations sur ses examens dentaires, sur la planification du traitement et sur le pronostic du traitement.

(Lieu, date)	(signature du patient / de la patiente)
--------------	---

### 5. Déclaration de cession pour le paiement direct en cas de prestations complémentaires à l'AVS/AI (cocher la case correspondante)

- Le patient soussigné / la patiente soussignée autorise l'organisme d'assurance sociale mentionné plus haut sous ch. 2.) à régler les factures **directement au tarif LAA-TARMED** avec le ou la médecin-dentiste traitant.

**En ce qui concerne les médecins-dentistes conventionnés du canton de Vaud, le paiement se fera d'office au tarif LAA-TARMED en tiers payant.**

Il/elle donne son accord à assumer personnellement les frais d'un rendez-vous qui viendrait à être manqué et autorise la caisse-maladie à effectuer à l'avenir d'éventuels remboursements auprès de l'organe PC.

- Le patient soussigné / la patiente soussignée désire payer elle-même la facture du traitement dentaire. Il/elle donne son accord pour que les participations au traitement ne soient versées qu'à condition de présenter une facture détaillée du dentiste, à laquelle seront jointes **toutes les attestations de paiement**.

(Lieu, date)	(signature du patient / de la patiente)
--------------	---

Patient: Nom:..... Prénom:.....

## A. Examens

### 1. Date et motif des examens:

2. Etat des dents au moment d'établir le rapport (biffer les dents manquantes)

V IV III II I   I II III IV V	8 7 6 5 4 3 2 1   1 2 3 4 5 6 7 8
-----	-----
V IV III II I   I II III IV V	8 7 6 5 4 3 2 1   1 2 3 4 5 6 7 8

### 3. Examens

Hygiène dentaire, état sanitaire, motivation:

Maxillaires et parties molles:

Etat parodontal:

Dents, caries, fractures, perte de substance:

Dents avec pronostic en poing, résidus radiculaires:

Dents de remplacement / réparations orthop. de la mâchoire (indication exacte de l'état et des éventuels dommages):

## B. Diagnostic

Description:

### Complément pour un traitement orthopédique de la mâchoire:

- degré 1 – le traitement peut être envisagé
- degré 2 – le traitement est souhaitable
- degré 3 – Le traitement est nécessaire: chiffre :
- degré 4 – Le traitement est urgent: chiffre :

## C. Objectif du traitement

- ATTENDRE: (une collaboration active et contrôlée sur 18 mois n'est pas encore garantie):**  
A faire: Traitement des douleurs, endodontie uniquement sur les dents stratégiquement importantes ou sur une dentition antérieure, réhabilitation dentaire par des mesures provisoires à long terme.  
A envisager: programme hygiénique intensif et incitation à se responsabiliser.
- SOINS / SOINS PARTIELS (une collaboration active et contrôlée sur 18 mois est garantie et attestée)**  
Motifs, description (résumé):

## D. Planification

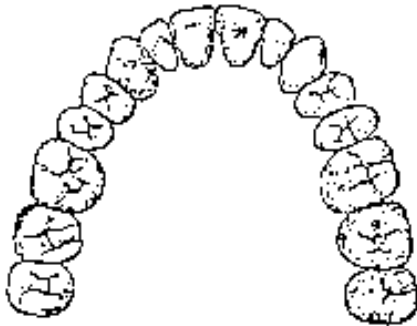
1. Mesures immédiates: Mesures liées au diagnostic, mesures thérapeutiques immédiates:

2. Plan de traitement: (brève description, dent par dent)

Patient: Nom:..... Prénom:.....

### 3. Schéma des mesures de traitement / du remplacement de dents

droite    maxillaire supérieur    gauche



droite    maxillaire inférieur    gauche



### 4. Autres traitements dentaires prévisibles dans les 5 prochaines années

- NON, aucun**
- OUI, lesquels ?**

### 5. Environnement du traitement personnel, attestation d'une collaboration active (positive) du patient/de la patiente et système de rappel disponible dans le cabinet ou la clinique dentaire (attestation d'accord)

#### Attestation médicale \*)

J'atteste que le patient / la patiente a bénéficié de contrôles dentaires réguliers durant ces **18 derniers mois** chez moi / chez: ....., collaborant activement durant cette période au maintien de sa santé buccale et attestant d'une hygiène buccale bonne et adéquate.

- OUI**       **NON**

Mon cabinet / notre clinique dispose d'un système de rappel et peut contrôler et assurer le suivi du traitement dentaire du patient / de la patiente.

- OUI**       **NON**

Le patient / la patiente fume

- OUI**       **NON**

Si le patient / la patiente fume: Le patient / la patiente a reçu l'information que la fumée à forte dose pendant de longues années nuit à la dentition et à la santé buccale. Sa volonté de réduire la fumée, voire si possible d'arrêter complètement de fumer, est attestée.

- OUI**       **NON**

### 6. Devis (Tarif AS), avec en annexe le numéro de la dent et sa position tarifaire (\*\*)

(mettre une \* aux chiffres lorsque le traitement d'urgence a déjà été réalisé ou le mettre clairement en évidence.)  
(le devis du technicien dentaire pour ses frais de technique dentaire (tarif-AS / liste de concordance „Social“) doit être joint)

Lieu et date	Sceau du cabinet / signature du médecin-dentiste traitant / du propriétaire du cabinet

**Annexes:**      Facture / devis  
                     Radios / copie OPT (éventuellement sur CD sous forme digitale en format PDF ou TIF)

\*) attestation médicale:

Patient: Nom:..... Prénom:.....

Il est rendu spécialement attentif qu'une fausse attestation ou une attestation de complaisance (concernant l'indication du traitement et l'accord) entraîne des sanctions par les organismes de santé et par les organes de surveillance (p. ex. la mise à l'écart, des mesures administratives des autorités de surveillance, l'exclusion de la médecine dentaire sociale, etc.).

**\*\* ) devis, facture**

La position 4040 pour l'établissement de ce formulaire peut être inscrite sur la facture.