

Formulaire de médecine dentaire sociale

(asile / aide sociale / prestations complémentaires)

1. Patient	No AVS / No pat. Nom, prénom Adresse NPA, Lieu	
2. Prise en charge / service social / organe PC	Nom, désignation Adresse NPA, Lieu Responsable Téléphone, courriel	
3. Médecin-dentiste / clinique	Nom, désignation Adresse NPA, Lieu Responsable Téléphone, courriel No RCC du MD	

A. Examen (veuillez remplir toutes les rubriques)

1. Date et motif de l'examen

.....

2. Descriptif de la denture au moment de l'examen (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. Examen

3.1. Hygiène dentaire, entretien, motivation :

.....

3.2. Os maxillaires ou tissus mous :

.....

3.3. État parodontal :

.....

3.4. Dents, caries, fractures, perte de matière :

.....

3.5. Restes radiculaires :

.....

3.6. Prothèses dentaires et appareils orthodontiques (indications précises sur l'état et les éventuels dégâts) :

.....

4. Facteurs médicaux ou psychosociaux pouvant influencer sur le traitement :

.....
.....
.....

Patient : Nom :

Prénom :

B. Diagnostic

Description

.....
.....
.....

À compléter en cas de traitement orthodontique :

Niveau 1 – traitement envisageable

Niveau 2 – traitement souhaitable

Niveau 3 – traitement nécessaire. Chiffres :

.....

Niveau 4 – traitement indispensable. Chiffres :

.....

C. Objectif du traitement

Attente (coopération active du patient au cours des 18 derniers mois pas encore contrôlée et pas garantie)

Conséquence : traitement de la douleur, traitement endodontique sur les dents stratégiques ou sur l'arcade dentaire antérieure si continue, comblement du volume dentaire par des mesures provisoires de longue durée, programme d'hygiène intensif, responsabilisation du patient.

Motivation (brève) :

.....

Assainissement (coopération active du patient au cours des 18 derniers mois contrôlée et attestée)

Motivation (brève) :

.....

D. Planification

1. Mesures immédiates

1.1. Mesures diagnostiques

.....

1.2. Mesures thérapeutiques

.....

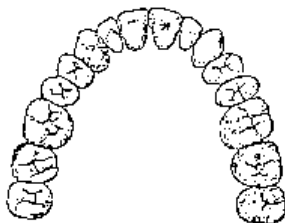
2. Plan de traitement

.....

3. Schéma de traitement / de prothèse

droite maxillaire supérieur gauche

droite maxillaire inférieur gauche



4. Autres traitements médico-dentaires prévisibles dans les 5 ans à venir

.....

Patient : Nom :

Prénom :

5. **Attestation de la coopération du patient et de l'existence d'un système de rappel des patients au sein du cabinet dentaire (attestation de coopération).**

Attestation du médecin-dentiste*)

J'atteste que le patient s'est soumis à des **contrôles** dentaires **réguliers** au cours des **18 derniers mois** dans mon cabinet / auprès de et que, durant cette période, il a coopéré **activement** au maintien de sa santé orale et a fait état d'une hygiène bucco-dentaire adéquate. **oui** **non**

Le patient est **fumeur**. **oui** **non**

S'il est fumeur : le patient est informé que le tabagisme est nocif pour le parodonte et la santé orale. Il a la volonté de réduire sa consommation, voire d'arrêter de fumer définitivement. **oui** **non**

Mon cabinet dentaire dispose d'un **système de rappel des patients** et peut effectuer des **contrôles de suivi réguliers** de l'état médico-dentaire des patients. **oui** **non**

6. **Devis avec numéros de dents et positions tarifaires en annexe**

(pour les traitements déjà effectués en urgence, le chiffre doit être suivi d'un * ou d'une description explicite)

Lieu et date :

Signature :

Annexes : Facture / devis

Radiographies / copie des OPT – impression en qualité photo ou fichier PDF/TIF haute résolution

***) Attestation du médecin-dentiste**

Nous attirons votre attention sur le fait que rédiger de fausses attestations ou des attestations de complaisance (dans le cadre de l'indication de traitement ou de la coopération) peut entraîner des mesures de police sanitaire ou relevant du droit légal de surveillance (exemple : dénonciation, mesures administratives ordonnées par l'autorité de surveillance, exclusion de la médecine dentaire sociale).