

Lésions dentaires: Constatations/Devis assurance-accidents LAA

Personne assurée

N° de sinistre

Nom, prénom

Date de l'accident

Helsana Accidents SA
Service Clientèle Entreprises
Case postale 839
1001 Lausanne

1 Date de la première consultation

Déroulement de l'accident

2 État des dents au moment de l'établissement du rapport (les dents manquantes doivent être cochées)

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 État de toutes les dents avant la lésion dentaire

État de toutes les dents au moment de l'établissement du rapport (si état antérieur inconnu)

Dents avec traitement de racine

Dents défectueuses non traitées

Dents réparées

Dents atteintes de parodontose

Couronnes, ponts

Prothèses

Genre de l'appareil orthopédique maxillaire

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
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
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
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
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 Dommages dus à l'accident (cocher)

Pour les dents de lait, prière d'utiliser les positions 5-8

a) Dents

totalement luxées (perdues)

luxées (déplacées)

subluxées (devenues branlantes)

contusionnées (heurtées)

frac. de couronne sans lésion de la pulpe

frac. de couronne avec lésion de la pulpe

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
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
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
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
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
8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8

b) Os maxillaire ou parties molles

Suite à la page suivante

N° de sinistre

Nom, prénom

4 c) Dommage à des prothèses ou dents artificielles/dommage à des appareils orthopédiques maxillaires (indications précises du genre de travaux resp. de l'appareil et de l'étendue du dommage)

5 Mesures immédiates

a) Mesures diagnostiques et résultats

(radiographies, tests de vitalité, mobilité des dents voisines et antagonistes)

b) Mesures thérapeutiques

6 Propositions pour le traitement intermédiaire, évolution ultérieure probable

Observation nécessaire pendant au moins _____ année(s).

Traitement d'orthopédie maxillaire devenu nécessaire ou rendu plus compliqué par suite de l'accident. La consultation d'un spécialiste SSO en orthopédie maxillaire reste réservée.

Un traitement définitif ne pourra 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)

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

droit **mâchoire supérieure** gauche

droit **mâchoire inférieure** gauche



9 Devis

marquer d'un* les chiffres correspondant aux prestations déjà exécutées d'urgence

Dent N°	Chiffre tarif	Genre de traitement	Points	Dent N°	Chiffre tarif	Genre de traitement	Points
				Report			
				Total points			
				x valeur du point CHF		=	CHF
			à ce montant s'ajoutent les frais de laboratoire				

Lieu et date

Timbre et signature