

Données de la victime

Nom et prénom:
Adresse:
Code postal + commune:
E-mail:
Date de naissance:Sexe: M / F

Jour, heure et lieu de l'examen buccal.....d..a..t.e de l'accident / /

Examen clinique

Anamnèse:
Médication:
Circonstances de l'accident:
.....
Plaintes subjectives:
.....

Dommages / lésions constaté(e)s

Extra-buccale ou extra-oral:
Intra-buccale ou intra-oral:
Avulsion:(sub)luxation:
Plombage:

Fracture dentaire	(émail / émail+dentine	sans exposition pulpaire / avec exposition pulpaire
.....		
Fracture radiculaire	(verticale / horizontale	cervicale / moyenne / apicale):
.....		
Lésions gingivales / saignement:		
Autres lésions:		
.....		

Examens diagnostics effectués

☐ orthopantomogramme	☐ téléradiographie
☐ photographies cliniques: ☐ extra-buccale ☐ intra-buccale	☐ modèle d'étude ☐ M S ☐ M I
☐ radiographie occlusale	☐ autres:
☐ bite wings	☐
☐ radiographie apicale: n° dent(s):	

Soins urgents

Extraction:
Attelle:
Coiffage pulpaire:
Traitement endodontique:
Obturation:
Autres:

Examen Buccal

															
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			

			85	84	83	82	81	71	72	73	74	75			
48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38
															

Dent n°															
Vitalité															
Mobilité															
Percussion															
Son															
Teinte															

Remarques:

.....

.....

Plan de traitement

Dent(s) n°	Traitement	Honoraire
.....		
.....		
.....		
.....		
.....		
.....		
.....		

Fait à le 20

Nom et adresse du médecin:

Signature du médecin:

Destinataire: DAP SA Rue du Bergeant 10 - 7900 Leuze-en-Hainaut
E-mail: sinistre.ecole@dap.be

