|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Examen médico-dentaire |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|       |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |

Examen médico-dentaire:

**Prière de compléter le rapport médical et de le retourner**

Bonjour

Votre patiente, votre patient est limité/e pour des raisons de santé qui ont conduit au dépôt d’une demande AI. En vue d’un examen rapide, l’office AI a besoin de votre soutien compétent.

Nous vous prions dès lors de répondre au rapport médical en annexe autant qu’il vous est possible en fonction de votre spécialité et du dossier de votre patient/e.

Vous trouvez de plus amples informations sur la collaboration avec les offices AI sur le site
[www.ai-pro-medico.ch](http://www.ai-pro-medico.ch).

Nous vous prions de compléter le rapport médical électroniquement ou à la main et de nous le retourner aussi vite que possible. Vous pouvez également télécharger le rapport médical sur notre site web.

Si l’examen clinique éveille un soupçon d’une anomalie du squelette ou d’une autre anomalie des numéros 208, 209, 210, 214 ou 218 OIC il est nécessaire qu’un/e spécialiste en orthodontie de votre choix et reconnu/e de l’AI se prononce. A cet effet, prière de lui envoyer le formulaire «Examen d’orthopédie dento-faciale» en annexe. Prière de remplir avant tout la rubrique «Mandat». Veuillez lui envoyer les documents qui pourraient lui servir. S’il n’y a aucun soupçon d’infirmité congénitale, veuillez détruire la formule ci-annexée.

Avec nos remerciements et nos salutations les meilleures.

|  |
| --- |
|  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Personne assurée (prénom, nom)      | Date de naissance      | Numéro AVS      |

Résultats

Examen du

|  |
| --- |
|       |

1. Dentition et mâchoires

* 1.1

Etat du développement des mâchoires

Recensement des dents

Les incisives centrales permanentes ont-elles fait éruption ?

[ ]  oui [ ]  non

* 1.2

Conditions orthodontiques

Classe d’Angle [ ]  I [ ]  II [ ]  III

Surplomb (mm)

|  |
| --- |
|       |

Overbite (mm)

|  |
| --- |
|       |

Supraclusie [ ]

Béance occlusale [ ]  antérieure [ ]  latérale quelles dents?

verticale

Articulation croisée [ ]  antérieure [ ]  latérale quelles dents?

Non-occlusion buccale [ ]  quelles dents?

Autres anomalies d’occlusion [ ]  lesquelles?

1. Dents
* 2.1

Avez-vous trouvé les anomalies suivantes?

[ ]  Agénésie (Anodontia partialis)

Quelles sont les dents manquantes?

|  |
| --- |
|       |

[ ]  Hyperodontie

De quelles dents surnuméraires s’agit-il??

|  |
| --- |
|       |

* 2.2

L’hyperodontie cause-t-elle

[ ]  une déviation intramaxiliaire ou intramandibulaire qui nécessite un traitement au moyen d’appareils ?

[ ]  un déplacement de germes dentaires?

* 2.3

Dysplasies dentaires

Quelles dents de la deuxième dentition sont très fortement

|  |
| --- |
|       |

3. Langue

Y a-t-il une malformation?

[ ]  oui [ ]  non

Si oui, laquelle?

|  |
| --- |
|       |

4. Face et crâne

* 4.1

Supposez-vous une anomalie du squelette?

[ ]  oui [ ]  non

* 4.2

Y a-t-il une malformation?

[ ]  oui [ ]  non

Si oui, laquelle?

|  |
| --- |
|       |

5. Diagnostic

|  |
| --- |
|       |

6. Questions particulières

* 6.1

A votre avis, y a-t-il infirmité congénitale au sens de l’ordonnance sur les infirmités congénitales (OIC)?

[ ]  oui [ ]  non

Si oui, sous quel chiffre de l’ordonnance peut-on classer l’infirmité congénitale ?

|  |
| --- |
|       |

* 6.2

Nom et adresse du/de la spécialiste en orthodontie reconnu/e par l’AI à qui est confié l’examen d’orthopédie dento-faciale en cas de soupçon de l’existence d’une infirmité congénitale au sens des numéros 208, 209, 210, 214 et 218 OIC.

Nom

|  |
| --- |
|       |

Numéro postal, lieu Rue, numéro

|  |  |
| --- | --- |
|       |       |

* 6.3

La personne assurée a-t-elle besoin d’un traitement dentaire pour guérir son infirmité congénitale?

[ ]  oui [ ]  non

Traitement du au

|  |  |
| --- | --- |
|       |       |

* 6.4

Au cas où le traitement n’est pas effectué par vous-même, veuillez nous indiquer par qui (nom et adresse du/de la dentiste traitant/e)

|  |
| --- |
|       |

7. Remarques

|  |
| --- |
|       |

8. Signature

Date, timbre, nom et signature du/de la dentiste

|  |
| --- |
|       |