|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Examen d’orthopédie:dento-faciale |  |  |

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

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

Examen d’orthopédie dento-faciale:

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 de répondre au rapport médical ci-joint en cas de soupçon d'une infirmité congénitale selon les chiffres 208, 209, 210, 214 ou 218 OIC.

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.

Avec nos remerciements et nos salutations les meilleures.

|  |
| --- |
|  |

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

Mandat

Nom et adresse du/de la spécialiste en orthodontie reconnu/e par l’AI chargé/e de continuer d’instruire la demande

|  |
| --- |
|  |

*[ ]* La personne assurée est informée que le/la spécialiste en orthopédie dento-faciale pourra la convoquer en cas de nécessité pour l’instruction de la demande AI.

Annexes

[ ]  Formulaire «Examen médico-dentaire» (copie pour le/la spécialiste en orthodontie reconnu/e par l’AI

Facultatif:

[ ]  modèles d’étude

[ ]  orthopantomogramme ou état radiologique

[ ]  autres documents (p.ex. anciens rapports du/de la spécialiste en orthopédie dento-faciale)

|  |
| --- |
|  |

 Remarques

|  |
| --- |
|  |

[ ]  Le/la dentiste soussigné/e désire recevoir les documents établis pour l’expertise AI

Signature

Date, timbre, nom et signature du/de la dentiste qui demande l’examen

|  |
| --- |
|       |

 Examen du droit aux prestations

1. Résultats de l’enquête

L’examen médical de l’assuré(e) était-il indispensable pour l’instruction de la demande?

[ ]  oui [ ]  non

Si oui, date?

|  |
| --- |
|       |

Les résultats figurant dans le formulaire «Examen médico-dentaire» sont-ils confirmés?

[ ]  oui [ ]  non

Compléments de l’état clinique et/ou du modèle d’étude

|  |
| --- |
|       |

2. Etat céphalométrique
Veuillez nous donner les valeurs d'angle mesurées, arrondies si nécessaire à la partie entière sans décimale.

Téléradiographie du

|  |
| --- |
|       |

Angle ANB

|  |
| --- |
|       |

Angle des bases (Spa-Spp/Me-Go)

|  |
| --- |
|       |

3. Diagnostic de la langue

Examen en vue de déterminer l’existence d’une macroglossie congénitale

Une réduction chirurgicale de la langue est-elle indiquée?

[ ]  oui [ ]  non

Si oui, quand?

|  |
| --- |
|       |

4. Diagnostic

|  |
| --- |
|       |

1. Examen du droit aux prestations

A votre avis, y a-t-il une 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?

|  |
| --- |
|       |

Genre de traitement (orthodontique/chirurgical/reconstructif, etc.)

|  |
| --- |
|       |

du au

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

Agent d’exécution

|  |
| --- |
|       |

6. Remarques

|  |
| --- |
|       |

7. Signature

Date, timbre, nom et signature du/de la spécialiste en orthodontie reconnu par l’AI

|  |
| --- |
|       |

Numéro GLN

|  |
| --- |
|       |