



## Questionnaire concernant les lésions dentaires

**Ce questionnaire est à remettre au service social mentionné à la ligne ci-dessous.**  
*Il y a lieu d'attendre la garantie de ce dernier **avant** d'entreprendre un traitement.*

M/Mme/Mlle/Dr Méd.dent.

*Lien pour télécharger ce formulaire :* [http://www.fr.ch/sasoc/files/pdf98/f\\_lesions-dentaires\\_version-4-du-070318\\_internet.pdf](http://www.fr.ch/sasoc/files/pdf98/f_lesions-dentaires_version-4-du-070318_internet.pdf)

**Service social compétent**

**Nom et adresse du patient**

Date de naissance

### 1. Date de la première consultation

### 2. Etat des dents

*(les dents manquantes doivent être cochées)*

18 17 16 15 14 13 12 11	21 22 23 24 25 26 27 28
48 47 46 45 44 43 42 41	31 32 33 34 35 36 37 38

### 3. Etat du reste de la denture

#### 3.1. Dents défectueuses non traitées

18 17 16 15 14 13 12 11	21 22 23 24 25 26 27 28
48 47 46 45 44 43 42 41	31 32 33 34 35 36 37 38

#### 3.2. Dents obturées

18 17 16 15 14 13 12 11	21 22 23 24 25 26 27 28
48 47 46 45 44 43 42 41	31 32 33 34 35 36 37 38

#### 3.3. Dents atteintes de lésions parodontales

18 17 16 15 14 13 12 11	21 22 23 24 25 26 27 28
48 47 46 45 44 43 42 41	31 32 33 34 35 36 37 38

- |             |   |    |    |    |    |    |    |    |  |    |    |    |    |    |    |    |    |
|-------------|---|----|----|----|----|----|----|----|--|----|----|----|----|----|----|----|----|
|             | 18  | 17 | 16 | 15 | 14 | 13 | 12 | 11 |  | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 | 27 | 28 |
| <b>3.4.</b> | <b>Dents ayant subi un traitement de racine</b> |    |    |    |    |    |    |    |  |    |    |    |    |    |    |    |    |
|             | 48  | 47 | 46 | 45 | 44 | 43 | 42 | 41 |  | 31 | 32 | 33 | 34 | 35 | 36 | 37 | 38 |
- 3.5.** Couronnes, ponts, prothèses, appareils orthopédiques (genre et étendue du remplacement ou de l'appareil à décrire exactement)

#### **4. Autres remarques**

#### **5. Plan de traitement**

Lieu et date

Signature du médecin-dentiste

#### **A joindre à la présente formule:**

- > **des radiographies actuelles originales (support informatique ou impression sur papier photo) et datées**
- > **un devis dentaire détaillé (numéro des dents, position tarifaire avec libellé, nombre du point tarifaire et valeur du point tarifaire à fr. 1.00, frais de laboratoire, prestations déjà effectuées clairement indiquées)**
- > **éventuellement copie de la facture des prestations déjà effectuées**