



Formulaire de médecine dentaire sociale CRS

Patient-e

Sexe masculin féminin Adresse
Prénom NPA/Lieu
Nom N° AVS
Date de naissance N° N

Organe payeur/Service social

Croix-Rouge Suisse Canton de Berne, Case Management Intégration
Bernstrasse 162, case postale, 3052 Zollikofen

Dentiste/Clinique

Nom, Désignation
Dentiste
Adresse NPA/Lieu

Expertise

Date et motif de l'examen

Descriptif de la denture au moment de l'examen

| | | |
|--------------------------------|--|--|
| Dents manquantes | V IV III II I I II III IV V V IV III II I I II III IV V | 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 |
| Dents défectueuses | V IV III II I I II III IV V V IV III II I I II III IV V | 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 |
| Dents obturées | V IV III II I I II III IV V V IV III II I I II III IV V | 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 |
| Dents parodontales endommagées | V IV III II I I II III IV V V IV III II I I II III IV V | 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 |

Expertise

Hygiène dentaire, entretien, motivation:

Os maxillaires ou tissus mous:

État parodontal:

Dents, caries, fractures, perte de substance:

Dents manquantes:

Restes radiculaires:

Prothèses dentaires / appareils orthodontiques (informations précises sur l'état et les éventuels dégâts):

Diagnostic

Description:

Pour le traitement orthodontique supplémentaire

Niveau 1 – Traitement envisageable

Niveau 2 – Traitement souhaitable

Niveau 3 – Traitement nécessaire Chiffre:

Niveau 4 – Traitement indispensable Chiffre:



D'autres organes payeurs (assurance-maladie, etc.) sont-ils pris en compte pour ce traitement?

Oui

Non

Objectif du traitement

Attendre

Une coopération active et contrôlée au cours des 18 derniers mois n'est pas encore garantie.

Par conséquent: traitement de la douleur, traitement endodontique pour les dents stratégiques ou sur l'arcade dentaire antérieure, comblement du volume dentaire par des mesures provisoires de longue durée, programme d'hygiène intensif et motivation pour la responsabilité personnelle.

Justification (brève):

Assainissement

Une coopération active et contrôlée au cours des 18 derniers mois est garantie et certifiée.

Justification (brève):

Planification

Mesures d'urgence

Mesures diagnostiques:

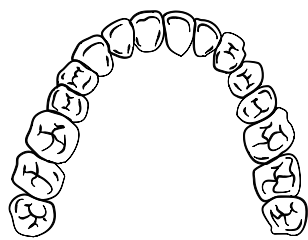
Mesures thérapeutiques immédiates:

Plan de traitement

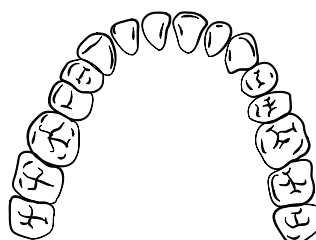


Schéma des mesures de traitement / de prothèse

Droite maxillaire supérieure gauche



droite maxillaire inférieure gauche

**D'autres traitements médico-dentaires prévisibles au cours des cinq prochaines années****Attestation de la coopération active (positive) du patient / de la patiente et la disponibilité d'un système de rappel dans la pratique traitante (attestation de coopération, attestation du médecin-dentaire)**

J'atteste que le patient / la patiente s'est soumis-e à des contrôles dentaires réguliers dans mon cabinet au cours des 18 derniers mois, a activement collaboré au maintien de sa santé orale durant cette période et a fait état d'une bonne hygiène bucco-dentaire adéquate.

Oui Non

Le patient est fumeur / La patiente est fumeuse

Oui Non

Le patient / la patiente est informé-e que le tabagisme excessif à long terme est nocif pour la parodontie et le maintien de la santé orale. Il/elle a la volonté de réduire sa consommation et, si possible, d'arrêter de fumer définitivement.

Oui Non

Mon cabinet dentaire dispose d'un système de rappel des patient-e-s et peut effectuer des contrôles de suivi réguliers de l'état médico-dentaire des patient-e-s.

Oui Non

Lieu/Date

Signature du praticien

Levée du secret médical et du secret officiel

Je suis d'accord que le dentiste traitant/la dentiste traitante, l'autorité sociale de surveillance, les spécialistes sociaux et le/la dentiste consultant-e de cette autorité peuvent discuter de mes examens dentaires, de la planification du traitement et du pronostic du traitement. Cette autorisation est valable pour un traitement en cours.

Lieu/Date

Signature Patient-e