

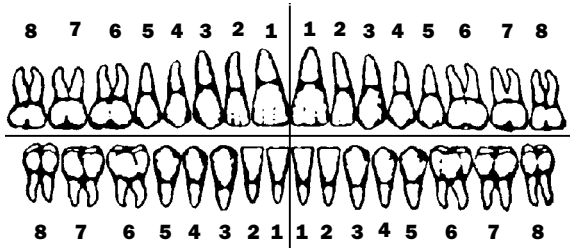
N° de dossier	Bureau	N° d'attribution
Nom du travailleur		
Lésion		
Date de la lésion		
Renseignements		
Pour le numéro sans frais, consultez l'annuaire téléphonique.		
Date du premier traitement		

Vous trouverez au verso des renseignements importants sur la façon de remplir le présent formulaire. Veuillez les lire attentivement.

ÉTAT DES DENTS AVANT L'ACCIDENT

Évaluation et description de l'état des dents avant l'accident.

Côté droit Côté gauche



Indiquez les dents manquantes avant l'accident.

Indiquez la présence de ponts fixes. Précisez toute dent pilier et le genre de pilier.

Indiquez toute dent munie d'une couronne.

Indiquez et décrivez toute prothèse amovible portée au moment de l'accident.

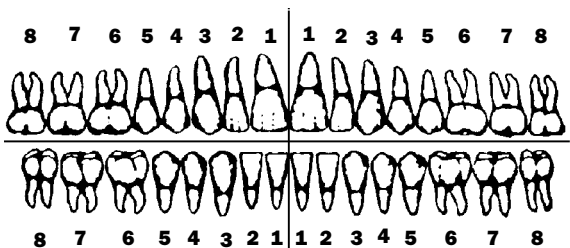
Indiquez le site et la gravité de toute maladie parodontale s'il y a lieu.

Indiquez et décrivez les dents endommagées ou atteintes de maladie, ou toute atteinte à l'articulation temporo-mandibulaire avant l'accident.

Veillez nous envoyer les films radiographiques de qualité diagnostique démontrant le ou les sites de la lésion. Veuillez y joindre vos commentaires.

ÉTAT DES DENTS APRÈS L'ACCIDENT

Description des lésions subies aux dents et à la bouche par suite de l'accident.



Indiquez les dents endommagées ou manquantes par suite de l'accident.

Indiquez l'étendue et l'emplacement de la fracture s'il y a lieu et donnez des précisions.

Indiquez tout pont ou toute prothèse fracturée. Décrivez en détail l'étendue des dommages.

Expliquez en détail toute autre lésion buccale.

PRÉDÉTERMINATION

Date du traitement			Code de l'acte (ODA)	Code initial des dents	Surfaces des dents	Honoraires du dentiste		Frais de laboratoire		Total des frais	
jj	mm	aa					\$	\$		\$	

Commentaires : (Joignez une feuille additionnelle s'il y a lieu.)

Désirez-vous que notre dentiste-conseil vous téléphone?

oui

Radiographies montées ci-jointes :

oui

non

(Si vous ne les avez pas jointes, veuillez préciser pourquoi.)

(Si vous envoyez des radiographies en double, veuillez indiquer (D) pour le côté droit et (G) pour le côté gauche. Les radiographies interproximales ne sont pas acceptées.)

Nom du dentiste (en caractères d'imprimerie)

Spécialiste

Ind. régional

N° de téléphone

Adresse postale

Date

Ville

Code postal

Signature du dentiste

Avant de remplir le présent formulaire, veuillez lire attentivement les instructions suivantes :

1. Remplissez le formulaire en donnant tous les renseignements nécessaires et retournez-le au bureau de la Commission de la sécurité professionnelle et de l'assurance contre les accidents du travail (CSPAAT) de votre région.
2. Écrivez vos commentaires ou recommandations lisiblement EN CARACTÈRES D'IMPRIMERIE à l'encre noire ou dactylographiez-les.
3. Annexez les radiographies préalables au traitement.
4. Vous devez obtenir au préalable l'autorisation de la CSPAAT pour tout traitement, à l'exception des radiographies et des services d'urgence.
5. Si le patient a droit à des soins dentaires, les services d'urgence seront payés.
6. Décrivez en détail tous les traitements d'urgence que vous avez prodigués à ce patient jusqu'à ce jour. Indiquez le code de l'acte de la ODA, le code initial des dents, les surfaces des dents et les honoraires.
7. Joignez à votre facture une copie des factures de laboratoire.
8. Les services dentaires sont payés selon le barème des honoraires approuvés par la CSPAAT. NI le patient NI aucun assureur N'EST responsable du solde qui peut dépasser le montant des honoraires demandés.
9. La fracture d'une incisive est une lésion accidentelle courante. Dans le cas d'une dent principale il faut, au besoin, fixer une couronne provisoire afin de permettre à la dent de se rétablir du traumatisme. Les restaurations finales avec une couronne ne doivent se faire que trois mois après l'accident.