

Données de la victime

Nom et prénom: .....  
Adresse: .....  
Code postal + commune: .....  
E-mail .....  
Date de naissance: ..... Sexe: M / F

Jour, heure et lieu de l'examen buccal.....d..a.t.e de l'accident .... / .... / .....

Examen clinique

Anamnèse: .....  
Médication: .....  
Circonstances de l'accident: .....  
.....  
Plaintes subjectives: .....  
.....

Dommages / lésions constaté(e)s

Extra-buccale ou extra-oral: .....  
Intra-buccale ou intra-oral: .....  
Avulsion: .....(sub)luxation: .....  
Plombage: .....  
Fracture dentaire (émail / émail+dentine sans exposition pulpaire / avec exposition pulpaire  
.....  
Fracture radiculaire (verticale / horizontale cervicale / moyenne / apicale):  
.....  
Lésions gingivales / saignement: .....  
Autres lésions: .....  
.....

Examens diagnostics effectués

☐ orthopantomogramme ☐ téléradiographie  
☐ photographies cliniques: ☐ extra-buccale ☐ intra-buccale ☐ modèle d'étude ☐ M S ☐ M I  
☐ radiographie occlusale ☐ autres: .....  
☐ bite wings ☐ .....  
☐ radiographie apicale: n° dent(s): .....

Soins urgents

Extraction: .....  
Attelle: .....  
Coiffage pulpaire: .....  
Traitement endodontique: .....  
Obturation: .....  
Autres: .....

# Examen Buccal

|    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|
|    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
| 18 | 17 | 16 | 15 | 14 | 13 | 12 | 11 | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 | 27 | 28 |
|    |    |    | 55 | 54 | 53 | 52 | 51 | 61 | 62 | 63 | 64 | 65 |    |    |    |
|    |    |    | 85 | 84 | 83 | 82 | 81 | 71 | 72 | 73 | 74 | 75 |    |    |    |
| 48 | 47 | 46 | 45 | 44 | 43 | 42 | 41 | 31 | 32 | 33 | 34 | 35 | 36 | 37 | 38 |
|    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |

|            |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| Dent n°    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Vitalité   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Mobilité   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Percussion |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Son        |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Teinte     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

Remarques: .....

.....

.....

## Plan de traitement

| Dent(s) n° | Traitement | Honoraire |
|------------|------------|-----------|
| .....      |            |           |
| .....      |            |           |
| .....      |            |           |
| .....      |            |           |
| .....      |            |           |
| .....      |            |           |
| .....      |            |           |

Fait à ..... le ..... 20 .....

Nom et adresse du médecin:

Signature du médecin:

**Destinataire: DAP SA** Rue du Bergeant 10 - 7900 Leuze-en-Hainaut  
E-mail: sinistre.ecole@dap.be

