

Numéro de réclamation

35

## Coordonnées du dentiste

Nom du dentiste		
Adresse du dentiste		
Ville	Province	Code postal

## Coordonnées du travailleur

Nom du travailleur		Adresse du travailleur	
Ville		Province	
Code postal	Date de naissance (jj/mm/aaaa)	Numéro de téléphone	

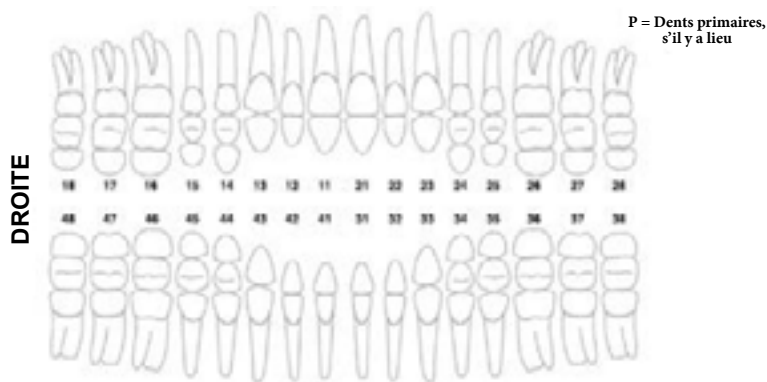
## Détails de la blessure

Date de la blessure	Partie(s) du corps touchée(s) par la blessure
---------------------	---

<b>Cochez le type de rapport applicable</b> <input type="checkbox"/> 1. Rapport initial <input type="checkbox"/> 2. Changement dans le traitement <input type="checkbox"/> 3. Retraitement de la WCB	Date de l'examen (jj/mm/aaaa)
---	-------------------------------

## Fiche dentaire

- Pour un rapport initial** : Indiquez TOUS les traitements dentaires antérieurs et les cas préexistants de dents manquantes, de caries dentaires et de dents ébréchées.
- Pour un changement dans le traitement** : Indiquez le changement dans le traitement.
- Pour un retraitement de la WCB** : Indiquez les échecs du traitement dentaire lié à la WCB.



<b>4. Hygiène dentaire</b> Avant l'incident <input type="checkbox"/> Bonne <input type="checkbox"/> Correcte <input type="checkbox"/> Négligée <input type="checkbox"/> Inconnue <b>Maladie parodontale active</b> <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inconnue Si oui, fournissez une copie de la fiche de maladie parodontale. <b>Fumeur</b> <input type="checkbox"/> Non-fumeur <input type="checkbox"/> Si le patient est fumeur, moyenne par jour : _____	<b>5. Diagnostic (dentiste seulement)</b> Prière d'indiquer l'état de santé découlant de l'incident en milieu de travail. La blessure touche : A. La structure dentaire seulement <input type="checkbox"/> B. Une partie de la dent réparée auparavant (p. ex., plombage, couronne, pont, prothèse dentaire, implant) seulement <input type="checkbox"/> C. A et B <input type="checkbox"/>
<b>6. Mécanisme de la blessure</b> Comment la blessure dentaire est-elle survenue en raison de l'incident en milieu de travail? Indiquez tous les dommages en portant attention à l'étendue et à l'endroit en surface.	<b>7. Articulation temporo-mandibulaire (ATM)</b> Sans objet <input type="checkbox"/> Applicable <input type="checkbox"/> Ouverture de la mâchoire : _____ (mm) entre le bord libre des incisives supérieures et inférieures Protrusion : _____ Latérotusion : À droite _____ (mm) À gauche _____ (mm) Traitement antérieur de l'ATM : <input type="checkbox"/> Oui Date : _____ Type : _____ <input type="checkbox"/> Non
<b>8. Pièces jointes</b> Radiographies traditionnelles/numériques Plus récentes <input type="checkbox"/> Après <input type="checkbox"/> Moules dentaires Plus récentes <input type="checkbox"/> Après <input type="checkbox"/> Photographies traditionnelles/numériques Plus récentes <input type="checkbox"/> Après <input type="checkbox"/> Si le patient est aiguillé vers un denturologiste : Un certificat de santé dentaire est requis pour les prothèses dentaires complètes. <input type="checkbox"/> Oui Une ordonnance pour les prothèses dentaires partielles est requise. <input type="checkbox"/> Oui	

\*Lorsque vous soumettez vos documents, assurez-vous qu'une étiquette indiquant les numéros de dent, les dates, le nom du travailleur et le nom du dentiste est apposée sur chaque pièce jointe.\*

Numéro de réclamation

35

## Traitements donnés à ce jour :

Date où le service a été fourni	Numéro de dent	Code de procédure	Honoraire recommandé dans le Guide des honoraires de la MDA	Indiquez séparément : L = Frais de laboratoire E = Frais d'honoraire	Traitement futur potentiel (préapprobation requise)	Pronostic 2 à 3 ans 4 à 6 ans 8 à 10 ans > 10 ans
			\$			
			\$			
			\$			
			\$			
			\$			

\*Soumettre une copie des frais de laboratoire dentaire détaillés et des frais d'honoraire

## Traitement futur proposé :

Date suggérée du traitement futur	Numéro de dent	Code de procédure	Honoraire recommandé dans le Guide des honoraires de la MDA	Indiquez séparément : L = Frais de laboratoire E = Frais d'honoraire	Traitement futur potentiel (préapprobation requise)	Pronostic 2 à 3 ans 4 à 6 ans 8 à 10 ans > 10 ans
			\$			
			\$			
			\$			
			\$			
			\$			

\*Soumettre une copie des frais de laboratoire dentaire détaillés et des frais d'honoraire

Les soins dentaires réguliers et la réadaptation sont la responsabilité du travailleur et leur absence n'est pas admissible aux indemnités pour soins dentaires de la WCB.

### Déclaration :

À être remplie par le dentiste.

Je, (nom complet en caractères d'imprimerie) \_\_\_\_\_, certifie aux présentes

- Que les blessures dentaires spécifiées dans ce rapport découlent d'une blessure survenue en milieu de travail ou concordent avec celle-ci.
- Que le traitement proposé vise uniquement à réparer les dommages occasionnés par l'incident en milieu de travail ou un échec de traitement.
- Que le type de traitement concorde avec l'état du patient avant l'incident et les normes de soins dentaires.
- Que je prodigue des services relevant de mon champ de pratique et de ma formation.

Tamponner ou inscrire en caractères d'imprimerie le nom et l'adresse du dentiste ou de la clinique :	<b>Signature du dentiste</b>	
	Date (jj/mm/aaaa)	Numéro de téléphone