

Territoires du Nord-Ouest et Nunavut

Rapport dentaire et devis

VEUILLEZ RENPLIR LES DEUX CÔTÉS DE CE FORMULAIRE ET LE RETOURNER À L'ADRESSE INDIQUÉE AU DOS	Numéro de dossier à la CAT				
Nom du fournisseur de soins de santé	Nom du travailleur	Prénom			
Adresse – inclure le code postal	Adresse civique – inclure le code postal				
Téléphone – inclure l'indicatif régional	Domicile				
Date de l'accident AA MM JJ	Téléphone – inclure l'indicatif régional				
Date de l'examen AA MM JJ	Date de naissance	A MM JJ			
Nom de l'employeur	Emploi du travailleur				
Qui a administré le premier traitement ?					
Date du premier traitement					
3. Quelle est, selon le travailleur, la cause de la blessure ?					
4. Décrivez les blessures causées par l'accident. Décrivez les dom	nmages aux dentiers, le cas éc	chéant.			
5. Au moyen des symboles suivants indiquez sur le graphique :					
→ Dent endommagée p	ar l'accident (coloriez la dent)	1-2 1-1 2-1 ₂₋₂ 1-3 2-3 2-3			
 Dent à extraire suite 	à l'accident (coloriez la dent)	1-4 6088866 2-4			
X Dent manquante (ava	ant l'accident)	Orifice labial			
Décrivez toute autre pathologie buccale existante et indiquez si l'accident en question. Au besoin, faites une radiographie de la un rapport radiologique.	MACHOIRE SUPÉRIEURE 2-7 2-8				
		Droit Gauche Dents			
		4-8 MACHOIRE 3-8 4-7 MINFÉRIEURE 3-7			
 Décrivez en détail le traitement proposé pour rétablir, dans la m de mastication au degré d'avant l'accident. 	esure du possible, la fonction	4-6 3-6 3-6 3-5			
		4-4			

8. De			e détaillée des coûts en vous servant de la grille tari	faire de l'Association der	ntaire.
-					
-				Total	\$
Signa	ture du professionnel de la santé				
	CECI EST UN D	EVIS SEU	JLEMENT ET NE PEUT ÊTRE CONSIDÉRÉ COMI	ME UN COMPTE	
Signa	nture de la personne qui remplit le formu	ılaire		Date	
RE	SPONSABILITÉ DU PRO	FESSI	ONNEL DE LA SANTÉ		
Tradu	uction libre d'un extrait de l'article 17(3)	de la <u>Loi</u>	sur les accidents du travail		
	oort du essionnel de la santé	Un professionnel de la santé qui traite un travailleur blessé suite à un accident de travail doit envoyer un rapport à la Commission dans les trois jours qui suivent le premier traitement.			