



Rapport dentaire et devis

**VEUILLEZ REMPLIR 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 <i>Prénom</i>
Adresse – <i>inclure le code postal</i>	Adresse civique – <i>inclure le code postal</i>
Téléphone – <i>inclure l'indicatif régional</i>	Domicile
Date de l'accident AA MM JJ	Téléphone – <i>inclure l'indicatif régional</i>
Date de l'examen AA MM JJ	Date de naissance AA MM JJ
Nom de l'employeur	Emploi du travailleur

1. Qui a administré le premier traitement ?

2. Date du premier traitement | AA | MM | JJ |

3. Quelle est, selon le travailleur, la cause de la blessure ?

4. Décrivez les blessures causées par l'accident. Décrivez les dommages aux dentiers, le cas échéant.

5. Au moyen des symboles suivants indiquez sur le graphique :

- Dent endommagée par l'accident (coloriez la dent)
- Dent à extraire suite à l'accident (coloriez la dent)
- X Dent manquante (avant l'accident)

6. Décrivez toute autre pathologie buccale existante et indiquez si vous croyez qu'elle résulte de l'accident en question. Au besoin, faites une radiographie de la partie concernée et donnez un rapport radiologique.

7. Décrivez en détail le traitement proposé pour rétablir, dans la mesure du possible, la fonction de mastication au degré d'avant l'accident.



