

CP 1055, 1951 Sion

Votre personne de contact:

No tél. direct:

V/réf:

Sion, le 12 Februar 2020

Examen médico-dentaire

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Personne assurée (prénom, nom)**  , | **Date de naissance** | **Numéro AVS** |

,

Votre patient/e a déposé une demande AI. En vue d’un examen rapide, l’office AI a besoin de votre soutien compétent.

Nous vous prions dès lors de répondre au rapport médical en annexe autant qu’il vous est possible en fonction de votre spécialité et du dossier de votre patient/e.

Vous trouvez de plus amples informations sur la collaboration avec les offices AI sur le site [www.ai-pro-medico.ch](http://www.ai-pro-medico.ch).

Nous vous prions de compléter le rapport médical électroniquement ou à la main et de nous le retourner aussi vite que possible. Vous pouvez également télécharger le rapport médical sur notre site web.

Si l’examen clinique éveille un soupçon d’une anomalie du squelette ou d’une autre anomalie des numéros 208, 209, 210, 214 ou 218 OIC il est nécessaire qu’un/e spécialiste en orthodontie de votre choix et reconnu/e de l’AI se prononce. A cet effet, prière de lui envoyer le formulaire «Examen d’orthopédie dento-faciale» en annexe. Prière de remplir avant tout la rubrique «Mandat». Veuillez lui envoyer les documents qui pourraient lui servir. S’il n’y a aucun soupçon d’infirmité congénitale, veuillez détruire la formule ci-annexée.

En vous remerciant d’avance de votre coopération, nous vous prions d’agréer, , nos salutations les meilleures.

**OFFICE CANTONAL AI DU VALAIS**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Personne assurée (prénom, nom)**  , | **Date de naissance** | **Numéro AVS** |

**Dentiste** :

**Résultats**

Examen du

|  |
| --- |
|  |

1. **Dentition et mâchoires**

**1.1**

Etat du développement des mâchoires

Recensement des dents

Les incisives centrales permanentes ont-elles fait éruption ?

oui  non

**1.2**

Conditions orthodontiques

Classe d’Angle  I  II  III

Surplomb (mm)

|  |
| --- |
|  |

Overbite (mm)

|  |
| --- |
|  |

Supraclusie

Béance occlusale  antérieure  latérale quelles dents?

verticale

Articulation croisée  antérieure  latérale quelles dents?

Non-occlusion buccale  quelles dents?

Autres anomalies d’occlusion  lesquelles?

1. **Dents**

**2.1**

Avez-vous trouvé les anomalies suivantes ?

Agénésie (Anodontia partialis)

Quelles sont les dents manquantes?

|  |
| --- |
|  |

Hyperodontie

De quelles dents surnuméraires s’agit-il ?

|  |
| --- |
|  |

**2.2**

L’hyperodontie cause-t-elle

une déviation intramaxiliaire ou intramandibulaire qui nécessite un traitement au moyen d’appareils ?

un déplacement de germes dentaires ?

**2.3**

Dysplasies dentaires

Quelles dents de la deuxième dentition sont très fortement

|  |
| --- |
|  |

1. **Langue**

Y a-t-il une malformation?

oui  non

Si oui, laquelle?

|  |
| --- |
|  |

1. **Face et crâne**

**4.1**

Supposez-vous une anomalie du squelette?

oui  non

**4.2**

Y a-t-il une malformation?

oui  non

Si oui, laquelle?

|  |
| --- |
|  |

1. **Diagnostic**

|  |
| --- |
|  |

1. **Questions particulières**

**6.1**

A votre avis, y a-t-il infirmité congénitale au sens de l’ordonnance sur les infirmités congénitales (OIC)?

oui  non

Si oui, sous quel chiffre de l’ordonnance peut-on classer l’infirmité congénitale ?

|  |
| --- |
|  |

**6.2**

Nom et adresse du/de la spécialiste en orthodontie reconnu/e par l’AI à qui est confié l’examen d’orthopédie dento-faciale en cas de soupçon de l’existence d’une infirmité congénitale au sens des numéros 208, 209, 210, 214 et 218 OIC.

Nom

|  |
| --- |
|  |

Numéro postal, lieu Rue, numéro

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |

**6.3**

La personne assurée a-t-elle besoin d’un traitement dentaire pour guérir son infirmité congénitale?

oui  non

Traitement du au

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |

**6.4**

Au cas où le traitement n’est pas effectué par vous-même, veuillez nous indiquer par qui (nom et adresse du/de la dentiste traitant/e)

|  |
| --- |
|  |

1. **Remarques**

|  |
| --- |
|  |

1. **Signature**

Date, timbre, nom et signature du/de la dentiste

|  |
| --- |
|  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Personne assurée (prénom, nom)**  , | **Date de naissance** | **Numéro AVS** |

**Dentiste qui donne le mandat (seulement s’il y a soupçon d'une infirmité congénitale selon les chiffres 208, 209, 210, 214 ou 218 OIC) :**:

**Mandat**

Nom et adresse du/de la spécialiste en orthodontie reconnu/e par l’AI chargé/e de continuer d’instruire la demande

|  |
| --- |
|  |

La personne assurée est informée que le/la spécialiste en orthopédie dento-faciale pourra la convoquer en cas de nécessité pour l’instruction de la demande AI.

**Annexes**

Formulaire «Examen médico-dentaire» (copie pour le/la spécialiste en orthodontie reconnu/e par l’AI

Facultatif:

modèles d’étude

orthopantomogramme ou état radiologique

autres documents (p.ex. anciens rapports du/de la spécialiste en orthopédie dento-faciale)

|  |
| --- |
|  |

**Remarques**

|  |
| --- |
|  |

Le/la dentiste soussigné/e désire recevoir les documents établis pour l’expertise AI

**Signature**

Date, timbre, nom et signature du/de la dentiste qui demande l’examen

|  |
| --- |
|  |

Examen du droit aux prestations par le spécialiste SSO en orthopédie dento-faciale reconnu par l’AI

**1. Résultats de l’enquête**

L’examen médical de l’assuré(e) était-il indispensable pour l’instruction de la demande?

oui  non

Si oui, date?

|  |
| --- |
|  |

Les résultats figurant dans le formulaire «Examen médico-dentaire» sont-ils confirmés?

oui  non

Compléments de l’état clinique et/ou du modèle d’étude

|  |
| --- |
|  |

**2. Etat céphalométrique**

Veuillez nous donner les valeurs d'angle mesurées, y compris la première décimale. Notez que l'arrondi mathématique n'est autorisé que pour le calcul de la première décimale.

Téléradiographie du

|  |
| --- |
|  |

Angle ANB

|  |
| --- |
|  |

Angle des bases (Spa-Spp/Me-Go)

|  |
| --- |
|  |

**3. Diagnostic de la langue**

Examen en vue de déterminer l’existence d’une macroglossie congénitale

Une réduction chirurgicale de la langue est-elle indiquée?

oui  non

Si oui, quand?

|  |
| --- |
|  |

**4. Diagnostic**

|  |
| --- |
|  |

**5. Examen du droit aux prestations**

A votre avis, y a-t-il une infirmité congénitale au sens de l’ordonnance sur les infirmités congénitales (OIC)?

oui  non

Si oui:

Sous quel chiffre de l’ordonnance peut-on classer l’infirmité congénitale?

|  |
| --- |
|  |

Genre de traitement (orthodontique/chirurgical/reconstructif, etc.)

|  |
| --- |
|  |

du au

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |

Agent d’exécution

|  |
| --- |
|  |

**6. Remarques**

|  |
| --- |
|  |

**7. Signature**

Date, timbre, nom et signature du/de la spécialiste en orthodontie reconnu par l’AI

|  |
| --- |
|  |

Numéro GLN

|  |
| --- |
|  |