

**FEUILLE DE RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ORTHOPEIDIE
DENTO-FACIALE POUR SOINS EXECUTES APRES 3ANS DE TRAITEMENT**

ADHERENT Nom et prénom :
N° Identification :
Adresse :
.....

BENEFICIAIRE Nom et prénom : Née(e) le :
Qualité :

**PARTIE A REMPLIR PAR LE PRATICIEN
(Nom et adresse du praticien)**

.....
.....

OBSERVATIONS	PRONOSTIC ET TRAITEMENT
Date de l'examen :	1) Le praticien se propose comme objectif optimum de traiter les malformations ou dysmorphoses suivantes :
Dysmorphoses dento-maxillo-faciales	
1) Antéro-postérieure (pro-rétrographie) supérieure, inférieure, bi-maxillaire, mandibulaire, maxillaire.	
2) Verticale (infra supragathie alvéolie incisive molaire totale)	2) Appareils envisagés (caractéristiques et description - Fixes ou Mobiles)
3) Transversale	3) Reprise du traitement :
Endo-alvéolie, exo-alvéolie	Y a-t-il eu changement de praticien ? Oui Non
<u>Autres observations:</u>	4) Durée présumée de traitement :
- dents surnuméraires	
- dents incluses	
- anodontie	5) Avulsion :
.....	6) Contention :
.....	Date de la proposition :
.....	DATE ET SIGNATURE :
<u>Conclusions:</u>	
Malpositions dentaires-individuelles	
.....	
.....	
<u>Joindre</u> : moulages en occlusion (si possible les photos), radiographie des deux arcades, téléradiographie et étude céphalométrique, le refus de la sécurité sociale	

AVIS DU DENTISTE CONSEIL DE LA M.G.E.N. au verso