|  |  |
| --- | --- |
| Numéro de sécurité sociale (NSS) : 756.  (A rappeler dans toute correspondance) |  |

|  |  |
| --- | --- |
| , | Office de l'Assurance-Invalidité  du canton de Neuchâtel  Rue Chandigarh 2  Case postale 1209  2301 La Chaux-de-Fonds |
| N/réf :       /  Tel. :  V/réf : |

Date de la demande de rapport :

Rapport médical adressé à :

**Examen médico-dentaire (002.020)** / (v. 03.2022)

**Question(s) complémentaire(s) de l'Office AI** (vos réponses peuvent être faites sur une feuille annexe) :

*Aucune question complémentaire de l'Office AI.*

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

Date de l'examen

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

**1. Dentition et mâchoires**

**1.1**

Etat du développement des mâchoires

Recensement des dents

Le changement des dents de devant est-il terminé ?

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Oui | Non |

**1.2**

Conditions orthodontiques

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Classe d'angle | I | II | III |

Surplomb (mm) Supraclusie Overbite (mm)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  | Oui |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Béance occlusale verticale | antérieure | latérale | quelles dents ? |
|  | Articulation croisée | antérieure | latérale | quelles dents ? |
|  | Non-occlusion |  |  | quelles dents ? |
|  | Autres anomalies d’occlusion |  |  | lesquelles ? |

**2. Dents**

**2.1**

Avez-vous trouvé les anomalies suivantes ?

|  |  |
| --- | --- |
|  | Sous nombre (Anodontia partialis). Quelles sont les dents manquantes ? |
|  | Surnombre (Hyperodontia). De quelles dents surnuméraires s’agit-il ? |

**2.2**

L’hyperodontie cause-t-elle…

|  |  |
| --- | --- |
|  | une anomalie d’occlusion dont le traitement exige un appareillage ?  un déplacement de germes dentaires ? |

**2.3**

Dysplasies dentaires

Quelles dents de la deuxième dentition sont-elles atteintes ?

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

**3. Langue**

Y a-t-il une malformation ?

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Oui | Non |

Si oui, laquelle ?

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

**4. 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 ?

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

**5. Diagnostic**

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

**6. Questions particulières**

**6.1**

A votre avis, y a-t-il infirmité congénitale au sens de l’ordonnance sur les infirmités congénitales ([OIC-DFI](https://www.fedlex.admin.ch/eli/cc/2021/708/fr)) ?

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | 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 orthopédie dento-faciale 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.

|  |  |
| --- | --- |
|  | Identité et adresse : |

**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)

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

**7. Remarques**

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

**8. Signature**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Date : | Timbre et signature du médecin : |