

Numéro de sécurité sociale (NSS) :  
(A rappeler dans toute correspondance)

Office de l'Assurance-Invalidité  
Du canton de Neuchâtel  
Rue de Chandigarh 2  
Case postale 1209  
2301 La Chaux-de-Fonds

Rapport médical adressé à :

**Examen médico-dentaire (002.020)**

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

---

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	<input type="checkbox"/> I	<input type="checkbox"/> II	<input type="checkbox"/> III
Surplomb (mm)		Supraclusie	Overbite (mm)
		<input type="checkbox"/> oui	
Béance occlusale verticale	<input type="checkbox"/> antérieure	<input type="checkbox"/> latérale	quelles dents ?
Articulation croisée	<input type="checkbox"/> antérieure	<input type="checkbox"/> 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) ?

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 :
--------	----------------------------------