

Annexe 59bis

Formulaire concernant le placement d'une plaque de suroclusion 312491-312502

A compléter par le bénéficiaire ou coller une vignette :

BENEFICIAIRE Nom, prénom
 Adresse
 Mutualité
 Numéro d'identification à la Sécurité sociale (NISS)

A compléter par le praticien:

1. Madame, Monsieur souffre de douleurs et/ou d'un dysfonctionnement du système maxillaire depuis (date ou mentionner x mois/années).
2. Le/...../..... le **diagnostic** suivant a été posé (cocher ce qui est d'application) :
 - Douleur myofasciale et/ou douleur de la coiffe ATM consécutive à une surcharge du système maxillaire
 - Déplacement vers l'avant du disque avec réduction (craquement) au niveau de l'ATM gauche/droite
 - Déplacement vers l'avant du disque sans réduction (blocage) de l'ATM gauche/droite
3. Le **traitement** suivant a été posé :
 - a. Informations détaillées sur le problème avec apprentissage de techniques changement de comportement afin d'éviter tout contact inutile entre les dents pendant la journée et
 - b. traitement du système maxillaire par un kinésithérapeute et du massage par le patient même.
4. Lors de la **consultation de** contrôle du/...../..... manifestation d'une amélioration insuffisante après counseling et kinésithérapie, avec charge persistante le matin

Une plaque de suroclusion type attelle de stabilisation ou de repositionnement a été confectionnée en résine synthétique dure qui couvre entièrement l'arc dentaire de la mâchoire inférieure ou supérieure avec
 - a. Une empreinte et enregistrement de l'occlusion le/...../.....
 - b. Le placement, les corrections quant à l'ajustement et le polissage de la plaque de suroclusion le/...../.....

Les soussignés déclarent que les données précitées sont correctes,

Praticien : nom, prénom :
Numéro d'identification

Date/...../..... :/...../.....
Signature :

Bénéficiaire : Nom, prénom

Date/...../..... :/...../.....
Signature :

Ce formulaire est sauvegardé dans le dossier du patient.

