

# RAPPORT RELATIF A L'EXTRACTION DENTAIRE EN HOSPITALISATION

## A remplir par le médecin

A renvoyer au médecin-conseil : DKV Belgium S.A. – Bd Bischoffsheim 1-8 | 1000 Bruxelles | E-mail: medical@dkv.be

N° de police :           N° d'inscription :

Nom et prénom du patient : \_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

### 1. Raison de l'extraction dentaire :

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### 2. Code INAMI de la prestation :

\_\_\_\_\_

### 3. Intervention sous anesthésie générale :

non  oui

Si oui, motivation : \_\_\_\_\_

### 4. N° des dents :

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### 5. Pour l'objectivation de la nécessité de procéder à l'extraction dentaire en hospitalisation pourriez-vous répondre aux questions ci-dessous :

#### Etat général du patient :

- Echec de tentatives de soins au fauteuil ? Si Oui, quand ?  
 non  oui
- Trismus interdisant un traitement ambulatoire ?  
 non  oui
- Réflexes nauséeux prononcés ?  
 non  oui
- Nécessité de mise en état buccal lourde et pressante avant thérapies médico-chirurgicales spécifiques urgentes ?  
 non  oui
- Nécessité de l'extraction dans le cadre d'un traitement orthodontique ?  
 non  oui

### Intervention :

---

- Interventions combinées autres que l'extraction ou les soins dentaires ?

non                       oui

### Anesthésie locale :

---

- Contre-indication avérée de l'anesthésie locale comme une allergie confirmée

non                       oui

- Contre-indication reprise dans la notice scientifique du produit anesthésiant (porphyrie, épilepsie non contrôlée par les médicaments, ...) ?

non                       oui

- Refus du patient, des parents ou du représentant légal ?

non                       oui

### Autres :

---

non                       oui

**Veillez, dans la mesure du possible, objectiver les réponses affirmatives en indiquant la nature et l'anamnèse des traitements préalables.**

Date :

\_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Signature et cachet du stomatologue ou du dentiste

\_\_\_\_\_