



Rue de Lausanne 42  
1950 Sion - Sitten  
Tél. 027 327 33 20  
Fax 027 327 33 27  
E-Mail admin@assval.ch  
www.soins-dentaires-jeunesse.ch

## DEMANDE POUR TRAITEMENT ORTHODONTIQUE SUBVENTIONNÉ

**Nom du praticien** : .....

**N° SDJ** : ..... **GLN du praticien** : .....

**Patient** : .....

**Date de naissance** : ..... **N° AVS** : .....

**Représentant légal** : ..... **Langue (F/D)** : .....

**Adresse complète** : .....

**N° de commune** : .....

**Tél.** : ..... **E-mail** : .....

**N° de subvention** : .....

### CONSTATATIONS CONCERNANT LE PATIENT

**Hygiène buccale** :      bonne                                      moyenne                                      mauvaise

**Disposition à la carie** :    minime                                      moyenne                                      importante

**Etat de la denture** :      traitement en cours                      en ordre                                      négligée

**Habitudes vicieuses** :    mordillement des lèvres                succion digitale                            autres .....

**Diagnostic** : .....

.....

Correspond à la liste des anomalies n° : ..... **Surplomb en mm** : .....

**But thérapeutique** : .....

.....

### PLAN DE TRAITEMENT ET APPAREILLAGE

N°	Mesures	Appareils
1		
2		
3		
4		
5		

**Remarques** : .....

.....

**Date** : .....

**Sceau du médecin-dentiste** : ..... **Signature** : .....

### DÉCISION DE LA COMMISSION DE CONTROLE ET DE SURVEILLANCE DES TRAITEMENTS DENTAIRES SUBVENTIONNES, conformément aux instructions SDJ aux médecins-dentistes concernant les soins orthodontiques subventionnés

Traitement subventionné **accordé**

Traitement subventionné **non accordé** : .....

.....

.....

Signature : présidente de la Commission de contrôle

**Date** : .....

.....