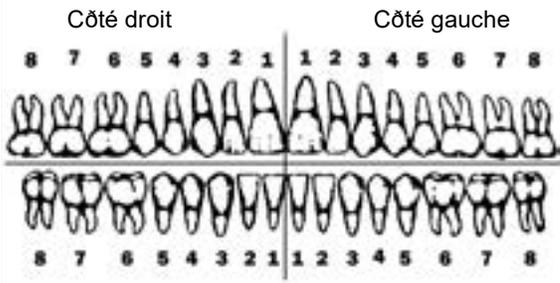


Visitez wsib.ca/fr/soumettre pour soumettre le présent formulaire et les documents à l'appui.

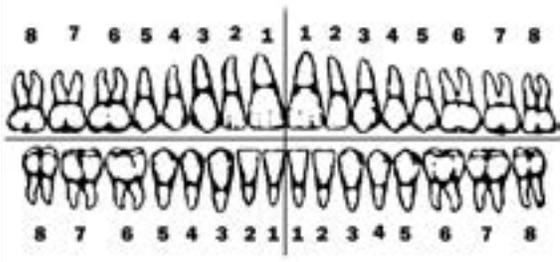
Le

Bureau	N° d'attribution
Nom du travailleur	
Lésion	
Date de la lésion (jj/mmm/aaaa)	
Renseignements	
Pour le numéro sans frais, consultez l'annuaire téléphonique.	
Date du premier traitement (jj/mmm/aaaa)	

Vous trouverez au verso des renseignements importants sur la façon de remplir le présent formulaire. Veuillez les lire attentivement.

État des dents avant l'accident	
Évaluation et description de l'état des dents <u>avant</u> l'accident. <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> Côté droit Côté gauche </div> 	Indiquez les dents manquantes avant l'accident.
	Indiquez la présence de ponts fixes. Précisez toute dent pilier et le genre de pilier.
	Indiquez toute dent munie d'une couronne.
	Indiquez et décrivez toute prothèse amovible portée au moment de l'accident.
	Indiquez le site et la gravité de toute maladie parodontale s'il y a lieu.
	Indiquez et décrivez les dents endommagées ou atteintes de maladie, ou toute atteinte à l'articulation temporo-mandibulaire avant l'accident.

Veuillez nous envoyer les films radiographiques de qualité diagnostique démontrant le ou les sites de la lésion. Veuillez y joindre vos commentaires.

État des dents après l'accident	
Description des lésions subies aux dents et à la bouche <u>par suite de</u> l'accident. 	Indiquez les dents endommagées ou manquantes par suite de l'accident.
	Indiquez l'étendue et l'emplacement de la fracture s'il y a lieu et donnez des précisions.
	Indiquez tout pont ou toute prothèse fracturée. Décrivez en détail l'étendue des dommages.
	Expliquez en détail toute autre lésion buccale.

Envoyez un courriel à accessibilite@wsib.on.ca si vous avez besoin d'un autre format ou d'adaptations.

