

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.**

