

DATE: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

### FICHE DE CORRESPONDANCE

(À REMETTRE AU PATIENT AVANT LE RENDEZ-VOUS DE CONSULTATION)

Nom : ..... Prénom : .....  
Adresse : .....  
Tél. domicile : ..... Tél. bureau : .....  
Tél. portable ..... Email : .....

**Motif de consultation :**

- Diagnostic
- Avis spécialisé
- Traitement endodontique
- Complication en cours de traitement

**Dent(s) n°** .....

- Retraitement endodontique
- Chirurgie endodontique
- Gestion d'un traumatisme dento-alvéolaire
- Éclaircissement dentaire

**Projet restaurateur ou prothétique envisagé pour la (ou les) dent(s) :**

- Restauration occlusale directe
- Restauration partielle indirecte : Onlay / Overlay
- Prothèse fixée unitaire

**Dans le cas d'un retraitement orthograde, souhaitez-vous que nous réalisions le démontage prothétique ?**

- Oui       Non

**Souhaitez-vous que nous réalisions la désobturation canalaire en vue de la mise en place d'un ancrage radiculaire ?**

- Oui       Non

**Souhaitez-vous que nous réalisions la reconstitution coronaire au composite si cela est possible dans la séance ?**

- Oui       Non

**Éléments diagnostiques que vous portez à notre connaissance :**

- Maladie parodontale
- Douleur
- Présence d'une fistule
- Difficulté anesthésique
- Sondage parodontal localisé
- Ouverture buccale limitée

En cas d'impératif de délai, merci de nous l'indiquer.  
Mentionnez également les horaires et jours de préférence de consultation du patient.

Dr : .....  
Tél. : ..... Email : .....  
Adresse : .....

---