

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 :