



FORMULAIRE NORMALISÉ D'ORIENTATION DU PATIENT

APPROUVÉ PAR L'ASSOCIATION DENTAIRE CANADIENNE

DE : _____

À : _____

Nous vous référons :

Patient : _____

Parent/Tuteur : _____

Date de naissance : _____
(M / J / A)

Téléphone : _____

Adresse : _____

Téléphone : _____

RAISON DE LA CONSULTATION :

OBJET : _____

TRAITEMENT (tel que demandé) :
(Prière de préciser au spécialiste la nature du problème, c.-à-d. l'urgence et les éléments critiques. Utiliser le système de numérotation des dents de la FDI.)

ANTÉCÉDENTS PERTINENTS :

(Indiquer tout facteur particulier, dentaire ou médical, comme les allergies connues et les problèmes de santé ayant rapport au diagnostic et au traitement.)

- Prière d'appeler le patient.
- Le patient téléphonera.
- Le rendez-vous a été pris.

- Radiographies ci-jointes.
- s.v.p. retourner les radiographies après usage.
- Aviser une fois terminé.

- Présenter un rapport – par écrit
- Présenter un rapport – par téléphone
- Suivi ultérieur par le spécialiste
 par le dentiste traitant
 à discuter
- Autres dossiers accessibles.

SIGNATURE : _____ DATE : _____