



Date :

Praticien référent

NOM : Adresse e-mail (*impératif*):

Prénom :

Patient

NOM : Prénom :

Téléphone : Adresse e-mail (*facultatif*) :

Antécédents médicaux remarquables

Dent(s) concerné(es)

Numéro(s) :

Historique de la dent et de la douleur :

Vous souhaitez : (cocher la case)

| | |
|-------------------------|--|
| Consultation ou avis | |
| Traitement endodontique | |
| Chirurgie endodontique | |

Restauration actuelle : (entourer et compléter si nécessaire)

| | | | |
|----------------------------|-----|-----|--------------------------|
| Pansement | OUI | NON | |
| Couronne déposée | OUI | NON | Date de dépose envisagée |
| Tenon ou inlay-core déposé | OUI | NON | Date de dépose envisagée |

Plan de traitement post endodontique :

Commentaire / souhaits particuliers:
