

RÉFÉRENCE EN CONSULTATION

JE VOUS RÉFÈRE EN CONSULTATION

INFORMATIONS SUR LE PATIENT

Prénom

Nom

Adresse courriel

Père

Mère

Téléphone

Date de la dernière radiographie panoramique (jour / mois /année)

INFORMATIONS SUR LE DENTISTE

Prénom

Nom

Adresse courriel

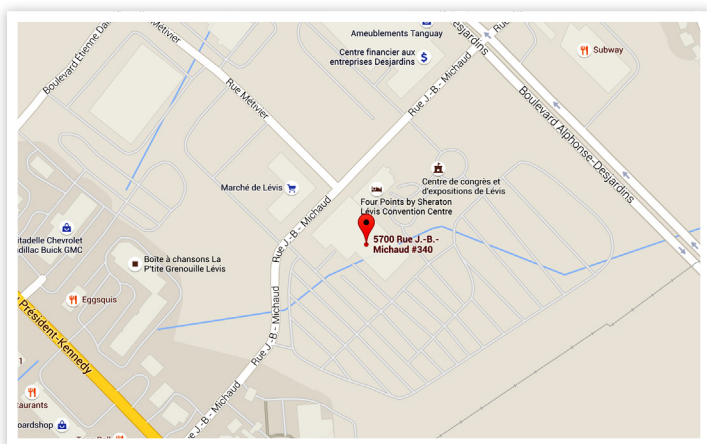
Téléphone

INDICATIONS

Au dessus du restaurant Cosmos de Lévis
Adjacent au centre des congrès

STATIONNEMENT GRATUIT

Stationnement gratuit à l'avant ou à l'arrière



RÉFÉRENCE EN CONSULTATION

RAISON DE LA CONSULTATION :

MALOCCLUSION

- Cl I
- Cl II
- Cl III

CHIRURGIE ORTHOGNATHIQUE

- À discuter avec le patient
- Nous avons déjà discuté avec le patient

STIMULATION DE CROISSANCE

ARTICULÉ CROISÉ

- Antérieur
- Postérieur

DENT INCLUSE

- Canine
- 1ère molaire
- Autre : _____

DENT(S) ABSENTE(S)

TRAITEMENT MULTIDISCIPLINAIRE

- Avec implants
- Avec prosthodontie

ATMs

- Patient asymptomatique
- Patient symptomatique
- Patient stabilisé avec plaque occlusale

AUTRE

PIÈCE(S) JOINTE(S)

- Radiographie panoramique
- Périapicale
- Céphalométrie