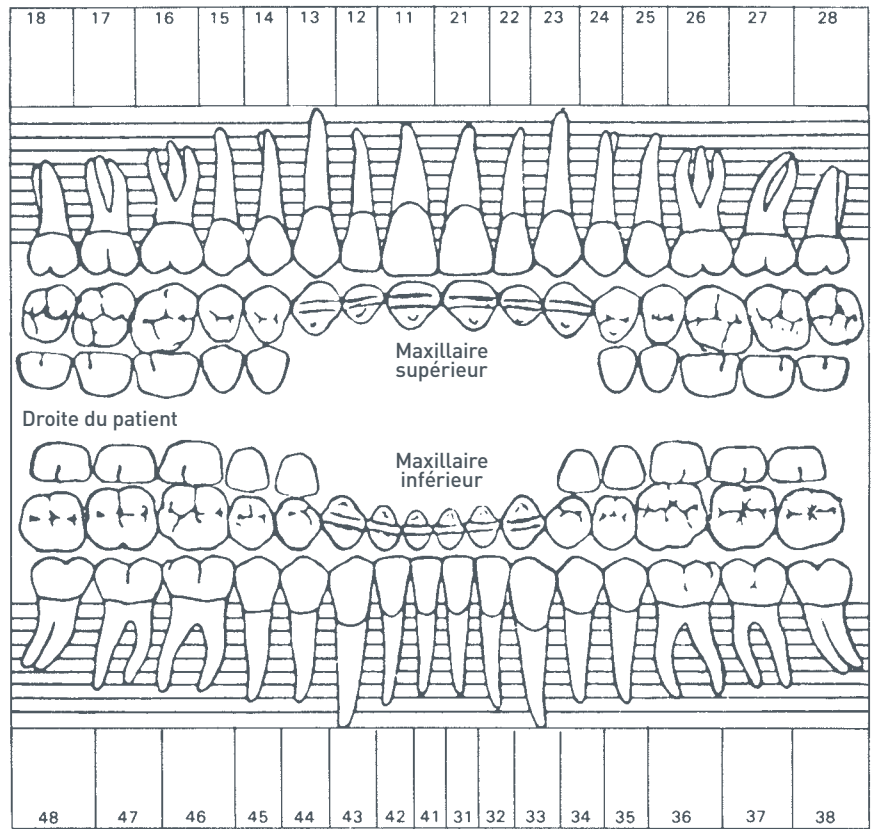
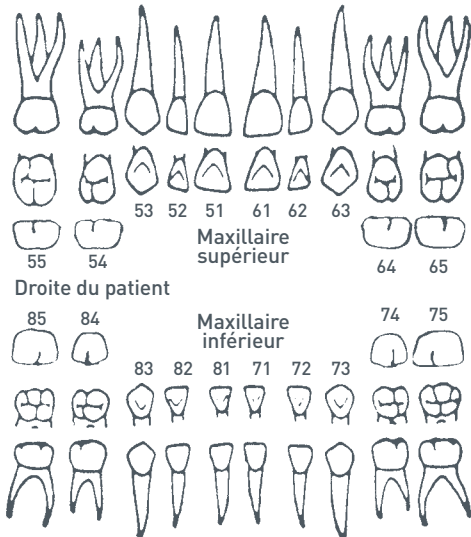


DOSSIER DENTAIRE

Nom du patient _____ Nom du dentiste traitant _____
Prénom du patient _____ Prénom du dentiste traitant _____

Odontogrammes originaux



Plainte principale _____ Précautions préopératoires _____
Histoire de cas (anamnèse) _____

Examen clinique

N=Normal
A=Anormal

	N	A		N	A
A Évaluation générale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	C Examen buccal (suite)		
B Examen cervicofacial			Hygiène buccale :		
A.T.M.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Excellente <input type="checkbox"/>	Satisfaisante <input type="checkbox"/>	Insuffisante <input type="checkbox"/>
Glandes salivaires	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Édentation complète <input type="checkbox"/>	partielle <input type="checkbox"/>	aucune <input type="checkbox"/>
Autres	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	État des crêtes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C Examen buccal			État des prothèses	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lèvres	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	D Examen radiologique		
Muqueuse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dent+os : voir le rapport sur l'odontogramme original _____		
Parodonte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Palais	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	E Examens spéciaux		
Oro-pharynx	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Test de vitalité		
Plancher de la bouche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Percussion		
Vestibule	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sensibilité au froid		
Langue	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sensibilité au chaud		
Salive	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Autres tests ou analyses		
Occlusion	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			

Diagnostic : _____

Plan de traitement suggéré : _____ Plan de traitement alternatif : _____

Pronostic : _____

Examen fait le _____ Par _____
 A/M/J Signature du dentiste traitant

Consentement éclairé

Je, soussigné, consens à ce que les traitements dentaires soient effectués, tels que décrits, et je reconnais que le dentiste m'a expliqué le traitement et l'alternative de traitement ainsi que les complications possibles, et qu'il a répondu à mes questions à ma satisfaction.

Date _____ Signature du patient _____
 Témoin _____

Odontogrammes évolutifs

