

Bien entendu, les informations que vous nous fournirez resteront strictement confidentielles et ne pourront être divulguées auprès de qui que ce soit, sans une autorisation écrite de votre part.

Ce formulaire doit être rempli par un dentiste généraliste ou tout autre spécialiste.

## Référence

Nom du patient

Né(e) le (j/m/a)

Téléphone

Dre Marie-Josée Pilon

Dre Léa Haikal

Dre Caroline Quach

Dre Sarah Andriamanjay

Dre Stéphanie Claveau

Première disponibilité

## Diagnostics et informations supplémentaires

A adulte

Enfant



supérieur à droite	supérieur à gauche
18 17 16 15 14 13 12 11	21 22 23 24 25 26 27 28
55 54 53 52 51	61 62 63 64 65
85 84 83 82 81	71 72 73 74 75
48 47 46 45 44 43 42 41	31 32 33 34 35 36 37 38
inférieur à droite	inférieur à gauche

Traitements requis :

- Selon l'évaluation
- Traitements sous sédation par inhalation
- Traitements sous anesthésie générale

Radiographies :

- Aucune radiographie
- Envoyées par le patient
- Envoyées par courriel à [reception@cdpds.ca](mailto:reception@cdpds.ca)

Remarque

## Référent

Je désire continuer le suivi du patient :  Oui  Non

Je désire recevoir mon rapport par :  Courriel  La poste  Pas de rapport

Adresse

Courriel

Nom du référent

No, de pratique de référent

Signature du référent