

FORMULAIRE DE REFERENCE EN ENDODONTIE

DR CHARLES TRA, ENDODONTISTE

DMD, MSc, FRCDC

DATE : _____

PRENOM ET NOM DE FAMILLE DU PATIENT : _____

DATE DE NAISSANCE : _____

NUMEROS DE TELEPHONE : _____

NOM DU DENTISTE REFERENT : _____

COURRIEL DU DENTISTE REFERENT : _____

18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38

TRAITEMENT DEMANDE :

- ☐ Consultation seulement
☐ Traitement de canal
☐ Retraitement
☐ Chirurgie apicale
☐ Autre _____

RAISONS :

- ☐ Symptômes / Trauma
☐ Lésion / Fistule
☐ Pré-prothétique
☐ Traitement antérieur à évaluer
☐ Ne peut terminer (notes SVP)

QUELLE RESTAURATION DESIREZ-VOUS DE L'ENDODONTISTE?

- ☐ Temporaire ☐ Composite ☐ Amalgame ☐ + pivot préfabriqué

QUELLE RESTAURATION PLANIFIEZ-VOUS?

- ☐ Composite ☐ Amalgame ☐ Couronne ☐ Incrustation / CEREC

DESIREZ-VOUS UN ESPACE-PIVOT?

- ☐ Oui ☐ Non ☐ Selon votre opinion

RADIOGRAPHIE :

- ☐ Nous allons vous envoyer la(les) radiographie(s) (endodontie@cliniquestcharles.com)
☐ La radiographie a été transmise au patient/parent

COMMENTAIRES
