**Date :**

**Praticien référent**

NOM : Adresse e-mail :

Prénom :

**Patient**

NOM : Prénom :

Téléphone : Adresse e-mail :

**Antécédents médicaux remarquables**

**Dent(s) concerné(es)**

Numéro(s) :

Historique de la dent et de la douleur :

**Vous souhaitez : *(cocher la case)***

|  |  |
| --- | --- |
| Consultation pour un avis |  |
| Consultation en vue d’un traitement endodontique |  |
| Consultation en vue d’une chirurgie endodontique |  |
| Urgence – soin en direct |  |

**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:**