

## DEMANDE DE CONSULTATION

### ADRESSER À

PROSTHODONTISTE

ADRESSE

TÉLÉPHONE

### INFORMATION PATIENT

NOM

PRÉNOM

DATE DE NAISSANCE

TÉLÉPHONE

### TYPE D'ÉVALUATION DEMANDÉE

Examen complet

Examen spécifique

Traitement d'urgence

### TYPE DE TRAITEMENT

Réhabilitation complète

Prothèse amovible conventionnelle (C/C C/ /C P/P P/ /P C/P)

Prothèse complète implanto-portée

Couronne et pont conventionnel

Couronne et pont implanto-portée

Facette

Incrustation

Appareil thérapeutique (Plaque occlusale, appareil d'avancement mandibulaire)

Prothèse maxillo-faciale

### RADIOGRAPHIE

Incluse

Envoyée par courriel

Avec patient

Non disponible

### IDENTIFICATION DU RÉFÉRENT

NOM

PRÉNOM

TÉLÉPHONE

COURRIEL

ADRESSE

Désirez-vous un rapport par courrier électronique ?

Désirez-vous un rapport par courrier postal ?

### INFORMATIONS SUPPLÉMENTAIRES

Signature \_\_\_\_\_

Date \_\_\_\_\_