



Dr Freddy FOKAM DDS MSc(perio)

## INFORMATIONS PATIENT

Nom	Prénom	Date de naissance
Telephone (maison)	Telephone (cellulaire)	Courriel
Historique medical / Alertes		

## INFORMATIONS RÉFÉRENT

Nom du referent			<input type="checkbox"/> Chirurgien-dentiste <input type="checkbox"/> Hygiéniste dentaire <input type="checkbox"/> Autre:
Adresse:			
Telephone	Courriel	Fax	
Envoi du rapport via:			
<input type="checkbox"/> Courriel		<input type="checkbox"/> Fax	
		<input type="checkbox"/> Courrier	

## MOTIFS DE CONSULTATION

- |  |   |  |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Implant(s)<br><input type="checkbox"/> Straumann<br><input type="checkbox"/> Nobel Biocare<br><input type="checkbox"/> Astra Tech   | <input type="checkbox"/> Examen Parodontal Complet<br><input type="checkbox"/> Traitement de la parodontite<br><input type="checkbox"/> Non-chirurgical<br><input type="checkbox"/> Chirurgical                     | <input type="checkbox"/> Chirurgie liée à l'orthodontie<br><input type="checkbox"/> Exposition de dents incluses<br><input type="checkbox"/> Dispositif d'ancrage temporaire (TAD)<br><input type="checkbox"/> Frenectomie |
| <input type="checkbox"/> Extraction(s)<br><input type="checkbox"/> Complexes / chirurgicales<br><input type="checkbox"/> Atraumatique / preservation de crête<br><input type="checkbox"/> Dents incluses | <input type="checkbox"/> Regeneration parodontale<br><input type="checkbox"/> Microchirurgie plastique parodontale<br><input type="checkbox"/> Greffe gingivale<br><input type="checkbox"/> Sourire gingival        | <input type="checkbox"/> Microchirurgie apicale / Apicoectomie<br><input type="checkbox"/> Pathologie buccale / Biopsie<br><input type="checkbox"/> Chirurgie exploratrice (Microscope chirurgical)                        |
| <input type="checkbox"/> Greffe osseuse<br><input type="checkbox"/> Augmentation de crête<br><input type="checkbox"/> Sinus lift   | <input type="checkbox"/> Chirurgie pre-prothetique<br><input type="checkbox"/> Vestibuloplastie<br><input type="checkbox"/> Elimination exostoses/tori<br><input type="checkbox"/> Allongement de couronne Clinique | <input type="checkbox"/> Sédation légère / modérée   |
| <input type="checkbox"/> Radiographie 2D/3D<br><input type="checkbox"/> Avec rapport du Radiologue   |   |  |

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

## INFORMATIONS COMPLEMENTAIRES

Pièces jointes à la référence: <input type="checkbox"/> Charte parodontale <input type="checkbox"/> Radiographies <input type="checkbox"/> Photographies cliniques <input type="checkbox"/> Restauration temporaire / Guide chirurgical / Guide radiologique	Pièces jointes envoyées par: <input type="checkbox"/> Courriel <input type="checkbox"/> Fax <input type="checkbox"/> Courrier <input type="checkbox"/> Données au patient
Plan de traitement prothétique / commentaires	

Signature référent

Date