



Patient \_\_\_\_\_ Tél \_\_\_\_\_

Dentiste \_\_\_\_\_ Tél \_\_\_\_\_

Référence et/ou Radiographies

avec patient       courriel       poste       fax

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 DEMANDÉ

- Consultation seulement
- Traitement de canal
- Retraitement
- Chirurgie apicale
- Autre \_\_\_\_\_

### RAISONS

- Symptômes / Trauma
- Lésion / Fistule
- Pré-prothétique
- Ancien traitement
- Ne peut terminer (notes svp)

Quelle restauration désirez-vous de l'endodontiste?

Temporaire     Composite     Amalgame     + Pivot préfabriqué

Quelle restauration planifiez-vous?

Composite     Amalgame     Couronne     Incrustation/CEREC

Désirez-vous un espace-pivot?

Oui       Non       Selon votre opinion

### NOTES

---

---

---

---