Itinéraire

CABINET DU DR

Jérémy Tramoy

EXERCICE LIMITÉ À L'ENDODONTIE

FICHE DE CORRESPONDANCE

À joindre aux radiographies

PRATICIEN ADRESSANT

Nom, prénom

Ville

Email
(si nouveau correspondant)

Date de la demande

PATIENT

Nom

Prénom

Date de naissance

Téléphone

Email

INFORMATION DU PATIENT

Avant de nous adresser votre patient, merci de cocher les informations que vous lui avez données :

- ☐ Le patient sait pourquoi il est adressé et pour quelle(s) dent(s).
- ☐ Le patient sait que le traitement de sa dent sera réalisé au cabinet du Dr Tramoy.
- ☐ Le patient sait qu'un devis lui sera remis avant tout traitement et qu'un dépassement d'honoraires est possible.

TRAITEMENT SOUHAITÉ

- ☐ Traitement orthograde initial
- ☐ Retraitement orthograde
- ☐ Chirurgie endodontique (résection apicale)
- ☐ Laissé à l'appréciation du Dr Tramoy

DENT(S) CONCERNÉE(S)

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

DIFFICULTÉS CONNUES

☐ Fêlure / fracture suspectée ☐ Perforation suspectée ☐ Instrument fracturé ☐ Traumatisme

COMMENTAIRES

RESTAURATION

Corono-radiculaire : ☐ Reconstitution résine ± ancrage ☐ Provisoire (Téflon + CVI)

D'usage envisagée : ☐ Composite ☐ Onlay / overlay ☐ Couronne ☐ À discuter selon pronostic

DOCUMENTS JOINTS ET SUIVI

Clichés joints : ☐ Rétro-alvéolaire ☐ Panoramique ☐ CBCT Date des clichés :

Compte rendu : ☐ Email ☐ Courrier

1 rue des Deux Chemineux, 45130 Meung-sur-Loire · 02 54 77 60 97 · cabinet.olm@gmail.com
Secrétariat : lundi, mardi, jeudi, vendredi, 8 h 45 – 16 h · Parking devant le cabinet · Accès PMR

Fiche à envoyer avec les radiographies à cabinet.olm@gmail.com