



DEMANDE D'EXAMEN PARODONTAL

pour M : _____ DATE: ____/____/____

Il s'agit d'un nouveau patient	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Un traitement parodontal a déjà été réalisé antérieurement	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
---------------------------------------	--	--	--

S'il s'agit d'un patient âgé de 18 à 49 ans.	DPSI : ____	Date attestation dernier détartrage : ____/____/____
---	-------------	--

	Motif de l'examen		Durée du rendez-vous
<input type="checkbox"/>	Bilan parodontal complet (parodontite)	Le patient est en possession d'un cliché <u>panoramique</u> .	30 min.
		Le patient n'est pas en possession d'un cliché <u>panoramique</u> .	45 min.
<input type="checkbox"/>	Récessions gingivales simples (sans parodontite)		30 min.
<input type="checkbox"/>	Avis concernant une dent (ex: pathologie endo-paro, fêlure)	Diagnostic supposé:.....	15 min.
<input type="checkbox"/>	Avis en vue chirurgie préprothétique.	Travail à réaliser:	15 min.
<input type="checkbox"/>	Avis en vue chirurgie liée au traitement orthodontique	Travail à réaliser:	15 min.

Extractions prévues

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

Plan de traitement prothétique éventuel envisagé & Remarques

<hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>	Cachet:
-------------------------------	----------------