



Nom et prénom du résident

N° de dossier

**DIAGNOSTICS**

(Utiliser le formulaire AS-306 pour le plan de traitement)

--	--

**SOINS BUCCODENTAIRES PRÉVENTIFS PÉRIODIQUES À DONNER PAR L'HYGIÉNISTE DENTAIRE SOUS LA DIRECTION DU DENTISTE**

	Soins et actes	Fréquence
1		
2		
3		
4		
<b>Précautions</b>		

Nom du dentiste			Date		
Nom et prénom	N° de permis	Signature	Année	Mois	Jour

<b>Date</b>	Année	Mois	Jour

<b>Date</b>	Année	Mois	Jour

<b>Date</b>	Année	Mois	Jour

**ODONTOGRAMME ÉVOLUTIF**

18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
<p style="margin: 0;">Maxillaire supérieur</p> <p style="margin: 0;">Droite du patient</p> <p style="margin: 0;">Maxillaire inférieur</p>															
48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38