



DT9456

## DOSSIER DU DENTUROLOGISTE EN CHSLD

Numéro de dossier			
Nom du résident			
Prénom du résident			
Date de naissance	Année	Mois	Jour
			Sexe <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
N° d'assurance maladie		Année	
		Mois	
Expiration			
Ind. rég.	N° téléphone	Ind. rég.	N° téléphone (autre)

### EXAMEN BUCCODENTAIRE

--

### PRÉCAUTIONS, COMMENTAIRES

--

### EXAMEN BUCCAL

Crêtes	<input type="checkbox"/> Supérieure :	<input type="checkbox"/> Inférieure :
Muqueuses	<input type="checkbox"/> Supérieure :	<input type="checkbox"/> Inférieure :
Relation	<input type="checkbox"/> Classe I <input type="checkbox"/> Classe II <input type="checkbox"/> Classe III	<input type="checkbox"/> Classe IV
Espace intermaxillaire	<input type="checkbox"/> Antérieur :	<input type="checkbox"/> Postérieur :
Articulation temporo-mandibulaire	<input type="checkbox"/> Droite :	<input type="checkbox"/> Gauche :
Voûte palatine :	Salive :	Langue :

### Commentaires

--

### SERVICES RENDUS

*Un examen par un dentiste est nécessaire avant de rendre un service relatif à une prothèse partielle amovible.*

Date	Service	Matériel et notes
	Consultation et examen buccal	
	Empreinte primaire	
	Empreinte secondaire	
	Articulation	
	Premier essai	
	Deuxième essai	
	Mise en bouche	
	Premier ajustement	
	Deuxième ajustement	

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