

DOSSIER DENTAIRE – 2



DT9136

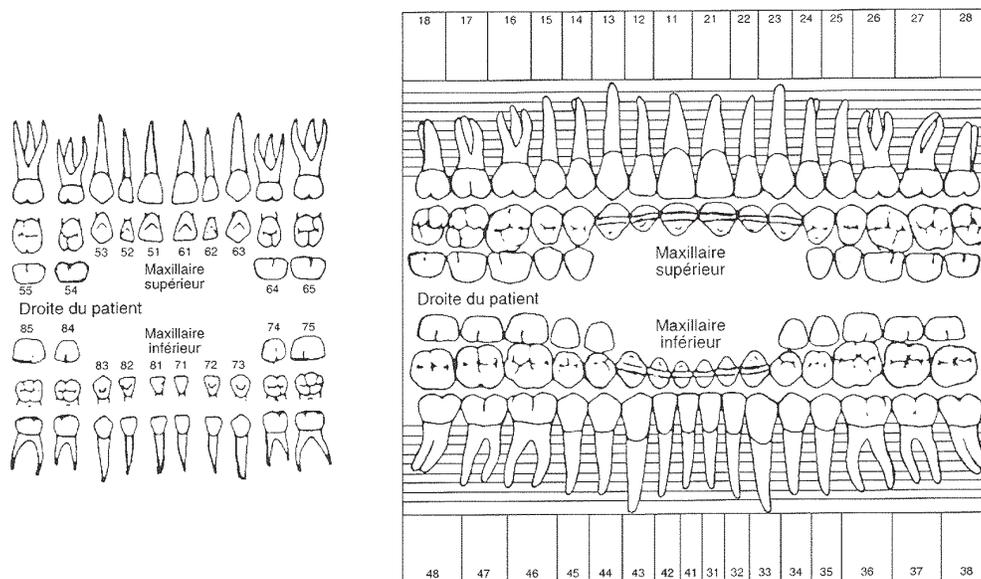
Date de naissance			N° chambre	N° de dossier
Année	Mois	Jour		
Nom et prénom à la naissance				
Nom usuel ou nom du conjoint				
Adresse				
Code postal		Téléphone ind. rég.		Sexe
				M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>
N° d'assurance maladie			Nom du médecin traitant	

PLAINTÉ PRINCIPALE

PRÉCAUTIONS PRÉOPÉRATOIRES

HISTOIRE DE CAS (Anamnèse)

ODONTOGRAMMES ORIGINAUX



EXAMEN CLINIQUE	N = normal	A = Anormal		
A- Évaluation générale	N	A		
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
B- Examen extra-oral	N	A		
A.T.M. :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Glandes salivaires :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Autres :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
B- Examen endo-buccal	N	A		
Lèvres :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Muqueuse :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Parodonte :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Palais :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Oro-pharynx :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Plancher de la bouche :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Vestibule :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Langue :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Salive :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Occlusion :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
C- Examen endo-buccal (suite)	N	A		
Hygiène buccale :				
			Excellente	<input type="checkbox"/>
			Moyenne	<input type="checkbox"/>
			Insuffisante	<input type="checkbox"/>
Édenté complet :			oui	<input type="checkbox"/>
			non	<input type="checkbox"/>
Édenté partiel :			oui	<input type="checkbox"/>
			non	<input type="checkbox"/>
État des crêtes :				<input type="checkbox"/>
État des prothèses :				<input type="checkbox"/>
D- Examen radiologique	N	A		
Dents + os. Voir le rapport sur l'odontogramme original :				<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>
E- Examens spéciaux	0	1	2	
Test de vitalité :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Percussion :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Sensibilité au froid :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Sensibilité au chaud :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	