

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		

Précautions

--

Nom du dentiste

Date

Nom et prénom	N° de permis	Signature	Année	Mois	Jour

Date	Année	Mois	Jour

Date	Année	Mois	Jour

Date	Année	Mois	Jour

ODONTOGRAMME ÉVOLUTIF

18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----

Maxillaire supérieur

Droite du patient

Maxillaire inférieur

48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38
----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----