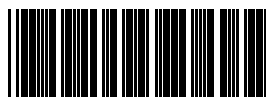


DOSSIER DENTAIRE – 2



DT9136

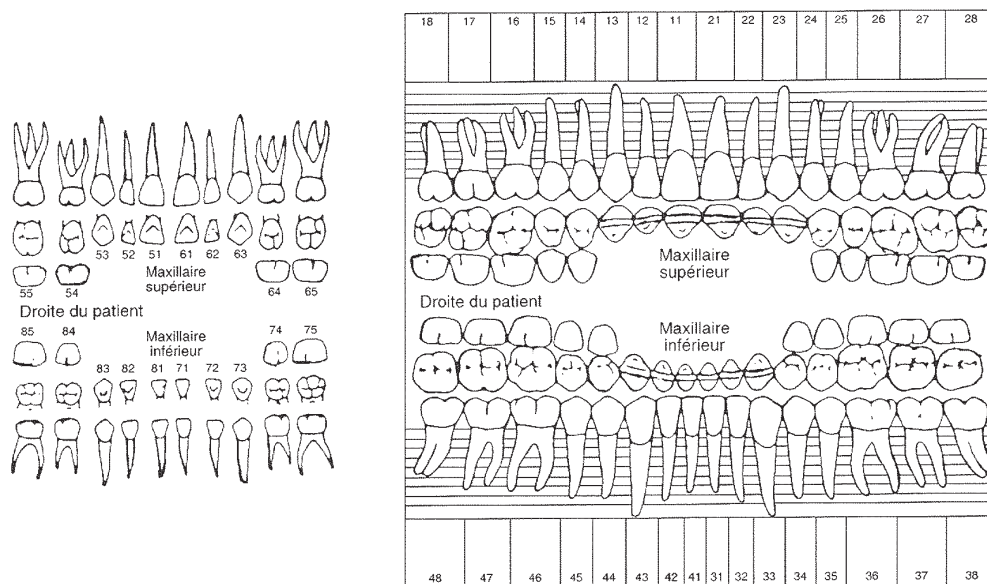
Date de naissance			N° chambre	N° de dossier
Année	Mois	Jour		
Nom et prénom à la naissance				
Nom usuel ou nom du conjoint				
Adresse				
Code postal		Téléphone ind. rég.		Sexe
				M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>
N° d'assurance maladie			Nom du médecin traitant	

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"/>	<input type="checkbox"/>		
État des prothèses :	<input type="checkbox"/>	<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"/>	