



1- Nom du Praticien adressant le Patient : *

2- Adresse E-mail du Praticien (facultatif) :

Si vous souhaitez recevoir le compte-rendu par E-mail.

3- Nom et Prénom du Patient : *

4- Date de naissance du Patient : * / /

5- Motif de Consultation : *

- Douleurs
- Plan de Traitement Prothétique
- Avis Endodontique
- Autre motif de consultation :

6- Numéro de la ou des dent(s) concernée(s) : *

7- Traitement Souhaité : *

- Maintien de la Vitalité Pulpaire
- Traitement Endodontique Initial
- Retraitement Endodontique
- Micro-Chirurgie Endodontique
- Revascularisation
- Apexification
- Autre Traitement :

Si la demande de traitement concerne plusieurs dents, merci de préciser le numéro de la dent en regard de l'acte.

8- Quelle reconstitution coronaire envisagez-vous après le traitement endodontique ? (facultatif)

- Couronne ou Pilier de Bridge
- Reconstitution Partielle Collée (Onlay...)
- Reconstitution Directe (Composite...)
- Autre Reconstitution :

Si la demande de traitement concerne plusieurs dents, merci de préciser le numéro de la dent en regard de l'acte.

9- Souhaitez-vous que nous réalisions la désobturation partielle d'un canal pour lequel un ancrage corono-radulaire est prévu ? (facultatif)

- Oui
 - Numéro Dent :
 - Canal :
- Non

10- Souhaitez-vous que nous réalisions un tenon fibré collé ? (facultatif)

- Oui
 - Numéro Dent :
 - Canal :
- Non

11- Remarques à propos de la prise en charge endodontique : (facultatif)

12- Modalités de Prise de Rendez-Vous : *

- Le patient contactera le cabinet pour prendre rendez-vous
- Je souhaite que le secrétariat du cabinet d'endodontie prenne contact avec le patient pour convenir d'un rendez-vous

Numéro de Téléphone du Patient :

A remplir si vous souhaitez que notre secrétariat prenne contact avec le patient pour la prise de rendez-vous.

25 Rue du Bât d'Argent,
69001 Lyon