

INFORMATIONS SUR LE PATIENT

NOM

ADRESSE

DATE DE NAISSANCE

JJ

MM

AA

TÉLÉPHONE

INFORMATIONS SUR LE DENTUROLOGISTE

NOM DU DENTUROLOGISTE RÉFÉRENT

NUMÉRO DE PERMIS

DÉTENTEUR D'UNE AEC¹

OUI

NON

TÉLÉPHONE

¹ Formation reconnue pour la période intérimaire

ÉLÉMENTS DE L'ORDONNANCE

TYPE DE PROTHÈSE DE TRANSITION

TYPE DE PROTHÈSE IMPLANTO-PORTÉE INCLUANT SES PRINCIPALES CARACTÉRISTIQUES

IDENTIFICATION, NOMBRE ET POSITION DES ÉLÉMENTS PROTHÉTIQUES DE SUPPORT ET DE RÉTENTION,
LE CAS ÉCHÉANT (PILIER INTERMÉDIAIRES, ARMATURE, BARRE, CAVALIERS, ATTACHES INDIVIDUELLES, ETC.)

RETIRER ET REPLACER UN PILIER DE GUÉRISON

PRÉCISIONS

POSE DE PILIER(S) SUR IMPLANT(S)

PRÉCISIONS

RAPPORT CHIRURGICAL (NOMENCLATURE DES COMPOSANTES INSTALLÉES) PIÈCE JOINTE

AUTRES RENSEIGNEMENTS OU OBSERVATIONS CLINIQUES NÉCESSAIRES, S'IL Y A LIEU

ÉLÉMENTS DE L'ORDONNANCE (SUITE)

PRONOSTIC DU TRAITEMENT PROPOSÉ

BON

RÉSERVÉ

EXPLICATIONS ET INFORMATIONS

CONTRE-INDICATIONS OU AUTRES RENSEIGNEMENTS REQUIS PAR LA CONDITION DU PATIENT, S'IL Y A LIEU

CETTE ORDONNANCE EST VALIDE POUR UNE PÉRIODE DE 12 MOIS À COMPTER DE SA SIGNATURE, À MOINS QUE LE DENTISTE N'Y INDIQUE UNE DURÉE MOINDRE.

PÉRIODE DE VALIDITÉ DE L'ORDONNANCE (SI MOINDRE QUE 12 MOIS)

En cours de traitement prothétique, le denturologiste est **responsable de diriger le patient vers le dentiste prescripteur** afin de prendre une ou des radiographies de contrôle pour confirmer le bon ajustement des pièces prothétiques, le respect des structures anatomiques par rapport à l'assise des composantes prothétiques et la bonne assise de tout type de prothèse implanto-portée.

Le denturologiste doit aviser le dentiste et le patient, dès la mise en bouche de la prothèse, afin que le patient soit vu pour les contrôles appropriés.

RENSEIGNEMENTS SUR LE PRESCRIPTEUR ET DATE DE RÉDACTION DE L'ORDONNANCE

NOM DU DENTISTE

NUMÉRO DE PERMIS

TÉLÉPHONE

DATE

JJ

MM

AA

SIGNATURE DU DENTISTE

UNE COPIE DE LA PRÉSENTE ORDONNANCE A ÉTÉ REMISE AU PATIENT.