

REDIRECTION D'UNE URGENCE DENTAIRE

DATE : _____

DENTISTE TRAITANT : _____

COORDONNÉES :

Courriel : _____

Numéro de téléphone : _____

NOM DU PATIENT : _____

NUMÉRO DE LA RAMQ : _____

ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX

Des problèmes médicaux préexistants sérieux?

diabète maladies cardiaques cancer immunosuppression asthme

MÉDICAMENTS ACTUELS _____

ALLERGIES : _____

Symptômes s'apparentant à ceux de la grippe :

mal de gorge toux fièvre écoulements nasaux éternuements douleurs musculaires
 souffle court

PROBLÈME DENTAIRE ACTUEL :

Décrivez le problème principal. Est-ce lié à un traitement dentaire que vous avez effectué précédemment?

Avez-vous des radiographies des dents affectées? Oui Non

Avez-vous tenté de traiter cette urgence de façon pharmacologique? Veuillez fournir les détails. Y a-t-il eu une amélioration?
