

Dr JEANNEAU Etienne
Exercice limité à la pratique de l'Endodontie
Cabinet Dentairevolution
41 rue le Titien - Odysseum
Immeuble Oxygene
34000 MONTPELLIER
04 67 200 888
contact@dentairevolution.fr



DENTAIREVOLUTION

FICHE D'ÉVALUATION PATIENT :

NOM :

PRENOM :

Date :

Faire une radiographie péri-apicale orthogonale et une avec incidence (si possible).

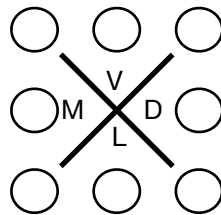
DENT(S) Causale(s) / Description / Symptomatologie :

Antécédents médicaux (+ traitement médicamenteux) :

Historique de la/des dent(s) :

Type de traitement endodontique : **Traitement initial** / **Retraitement**

Sondage parodontal :



Présence d'un abcès / fistule / gonflement (si oui précisez la zone) : **O** / **N**

Soin réalisé en urgence (si oui précisez lequel) ? : **O** / **N** / **Prescription médicamenteuse**

Quel matériau d'obturation provisoire désirez vous ? : **Cavit** / **CVI** / **Couronne provisoire (si possible)** / **Autre** :

Nom, Prénom :

Signature du praticien :