

Formulaire d'urgence

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

Numéro de téléphone :

Déjà patient à la clinique

Nouveau patient

Raison de l'urgence

Sensibilité

Dent fracturée

Obturation tombée

Douleur intermittente

Douleur constante

Douleur qui réveille la nuit

Douleur suite à un traitement

Douleur à la pression

Douleur au chaud

Douleur au froid

Enflure

Votre degré de douleur : 0 = absence de douleur 10 = douleur insupportable

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Endroit en bouche

Haut

Bas

Gauche

Droite

Dent antérieure

Dent postérieure

Depuis combien de temps? :

Avez-vous pris des médicaments pour contrôler la douleur? Oui Non

Si oui, lequel? :

Vos disponibilités

Lundi am Mardi am Mercredi am Jeudi am Vendredi am

Lundi pm Mardi pm Mercredi pm Jeudi pm Vendredi pm

Nous communiquerons avec vous pour fixer rendez-vous ensemble.

L'équipe du Centre Dentaire Stéphane Girard