



CLINIQUE  
**ENDODONTIQUE**  
MONT-ROYAL

info@cliniqueendo.ca  
cliniqueendo.ca

3333, boul. Graham, suite 306,  
Ville Mont-Royal (Québec) H3R 3L5

Tél. : 514 931-3636  
Fax : 514 931-0526

**Votre spécialiste :** Dr Emanuel Alvaro

Date : .....

**Patient :** ..... M. Mme

Date de naissance : .....

Adresse : .....

Tél. : Rés. : ( ) ..... Travail : ( ) ..... Cell. : ( ) .....

Condition médicale : .....

Évaluation et diagnostic : # dent(s) ..... Thérapie canalaire : # dent(s) .....

Re-traitement endodontique : # dent(s) ..... Microchirurgie endodontique - Apectomie : # dent(s) .....

**Important**

Pour tous les cas de haut de cœur, trismus ou phobie nécessitant traitement endodontique avec sédation parentérale, veuillez svp le noter dans la section remarques afin de bien planifier la procédure.

**La thérapie canalaire a-t-elle été amorcée ?** oui non      Accès pulpaire d'urgence      Séance de nettoyage et MEF

**Prescription de médication pour cette condition ?** .....

**Symptômes : (veuillez cocher s.v.p.)**

Douleur :      Chaud      Froid      Mastication      Percussion (+)      (-)  
Douleur :      Aigüe      Tolérable

**Signes cliniques : (veuillez cocher s.v.p.)**

Carie coronaire/radiculaire      Fêlure coronaire      Restauration extensive      Décoloration coronaire  
Sondage parodontal :      B : ..... mm      L : ..... mm      M : ..... mm      D : ..... mm  
Drainage/Fistule

**Afin de mieux gérer le temps nécessaire au traitement de votre patient,**

**veuillez soumettre les éléments suivants :** (sur réception de ces documents, nous contacterons votre patient).

Radiographie(s) périapicale(s).....

Radiographie inter-proximale (cas de carie extensive).....

Photo dentaire (si possible)..... (sert à déterminer la nécessité de restaurer la dent en pré-traitement)

**Désirez-vous un espace pour pivot radiculaire ?** oui non

(Nous nous réservons le droit de sceller la chambre pulpaire afin de prévenir la percolation coronaire)

Référé par : ..... d. m. d.

Remarques :