

COMMENT RÉFÉRER VOS PATIENTS À L'INSTITUT CANADIEN D'IMPLANTOLOGIE

Dr Yvan Poitras, dentiste généraliste
5, boul. Taché est Montmagny, Qc, G5V 1B6

◆ **Dentiste référent :**

Nom : _____ Prénom : _____ Date : _____

Tél : _____ Fax : _____ Autre Tél : _____

◆ **Nom du patient :**

Nom : _____ Prénom : _____ Date de naissance : _____

État de santé : _____ ▼

Tél. : _____

◆ **(Veuillez SVP cocher les outils diagnostiques disponibles)**

Radiographie panoramique (de moins d'un an) | Modèles d'étude Haut :
Bas :

- Région à traiter : _____

- Remarques ou commentaires sur le cas _____

◆ **Cochez une ou plusieurs cases SVP**

<input type="checkbox"/>	Patient à voir en consultation (La consultation est gratuite, votre patient doit prévoir des coûts de 75.00\$ pour la radiographie panoramique s'il ne la possède pas).
<input type="checkbox"/>	Je désire faire la partie prothétique.
<input type="checkbox"/>	Je désire assister à l'intervention chirurgicale.
<input type="checkbox"/>	Je désire que le Dr Poitras réalise l'ensemble du traitement chirurgical et prothétique.
<input type="checkbox"/>	Je désire assister à la phase prothétique.
<input type="checkbox"/>	Je désire l'assistance du Dr Poitras pour la phase chirurgicale <input type="checkbox"/> prothétique <input type="checkbox"/> .

◆ **(Facultatif)**

Diagnostic	Mandibule <input type="checkbox"/>	Maxillaire <input type="checkbox"/>
Cl. Squelet.	<input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III	
Os type	<input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III	
Division	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D	
Densité	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4	
Plan de traitement :	Type d'Implants : <input type="checkbox"/> racine <input type="checkbox"/> sous-périosté	Nombre : _____
	Prothèse : <input type="checkbox"/> FP-1 <input type="checkbox"/> FP-2 <input type="checkbox"/> FP-3 <input type="checkbox"/> RP-4 <input type="checkbox"/> RP-5	
Greffes osseuses	<input type="checkbox"/> dense HA <input type="checkbox"/> HA +DFDB <input type="checkbox"/> membrane <input type="checkbox"/> tubérosité <input type="checkbox"/> autogène div. B <input type="checkbox"/> symphyse mentonnière <input type="checkbox"/> ligne oblique externe <input type="checkbox"/> tibia <input type="checkbox"/> crête iliaque	
Élévations sinusales	<input type="checkbox"/> unilatérale <input type="checkbox"/> bilatérale	

Veuillez poster le tout à l'attention de Rachelle Côté

