

PRESCRIPTION MÉDICALE POUR UNE CONSULTATION DE SOINS BUCCO-DENTAIRES

Nom et prénom :

Date de naissance :/...../.....

Motif de la prescription :

Accumulation de plaque dentaire/tartre
Perte dentaire totale/partielle
Saignement
Halitose
Douleur
Xérostomie
Autres :

Objet de la consultation :

Soins préventifs (hygiéniste bucco-dentaire ou dentiste)
Soins curatifs (dentiste)

Dernière consultation buccodentaire : ☐ l'année précédente, ☐ moins de 3 ans, ☐ plus de 3 ans

Antécédents médicaux et/ou pathologie.s chronique.s actuelle.s:

.....
.....
.....

Facteurs de risque :

Tabac :
Alcool :
Sucre :
Substances psychoactives :

Grossesse :
Autres :

Traitement/médication en cours : joint à la prescription

Notes/Remarques/Précautions particulières :

.....
.....
.....

Rapport de consultation sera envoyé par ☐ courrier ☐ e-mail à

.....

Date et cachet :

