

DATE	SERVICES RENDUS	COM- PLET
04 juin 09	<p>EVA RAPPEL <u>1 PAN 2 BW</u> CARIE <u>email</u> <u>Non</u> <u>Oui</u> <u>36M, 45M, 44D, 14D, 24D, 25M.</u></p> <p>JS <input type="checkbox"/> FRACTURE <u>Non</u> <u>Oui</u></p> <p>TÊTE & COU <u>(N)</u> <u>A</u> MUQ <u>(N)</u> <u>A</u></p> <p>PRV <u>Rappel</u> HYGIÈNE <u>excellente</u> <input type="checkbox"/> <u>moy.</u> <input checked="" type="checkbox"/> <u>insuffisante</u> <input checked="" type="checkbox"/> <u>saignement</u></p> <p>GING MARG <u>aigüe</u> <input type="checkbox"/> <u>chron déb.</u> <input type="checkbox"/> <u>moy.</u> <input checked="" type="checkbox"/> <u>avancée</u> <input type="checkbox"/> <u>plaque H</u></p> <p>PAROD MARG <u>aigüe</u> <input type="checkbox"/> <u>chron déb.</u> <input type="checkbox"/> <u>moy.</u> <input type="checkbox"/> <u>avancée</u> <input type="checkbox"/> <u>oeil ant sup.</u></p> <p>POCHES PÉRIDENT <u>1800</u> <u>Brox. 14/11</u></p> <p>A FACTURER <u>Ex rappel</u> OCCLUSION <u>CL1</u> <u>CL2</u> <u>CL3</u> <u>Manque de mot.</u></p> <p>CROSSBITE <u>droit</u> <u>gauche</u> <u>ant.</u> <u>dent.</u></p> <p>OVERJET <u>5</u> mm Overbite <u>60</u> %</p> <p>RAPPEL 6 9 12 CHEVAUCHEMENT <u>ANT.</u> <u>sup.</u> <u>inf.</u></p> <p>DIAGNOSTIC <u>Malaoclusion</u> <u>eruption 37</u></p> <p><u>aimé jouer de la guitare.</u></p>	
6-1-10	<p>EVA RAPPEL <input checked="" type="checkbox"/> CARIE <u>Non</u> <u>Oui</u> <u>13M A/S, 14D A/S, 24D A/S, 25M A/S</u> <u>D.B</u></p> <p>JS <input checked="" type="checkbox"/> FRACTURE <u>Non</u> <u>Oui</u> <u>370 A/S, 44D A/S, 45M A/S, 46M A/S</u> <u>470 A/S</u></p> <p>TÊTE & COU <u>(N)</u> <u>A</u> MUQ <u>(N)</u> <u>A</u></p> <p>PRV <u>Rappel</u> HYGIÈNE <u>excellente</u> <input type="checkbox"/> <u>moy.</u> <input checked="" type="checkbox"/> <u>insuffisante</u> <input type="checkbox"/> <u>Dit cl I</u></p> <p>GING MARG <u>aigüe</u> <input type="checkbox"/> <u>chron déb.</u> <input checked="" type="checkbox"/> <u>moy.</u> <input type="checkbox"/> <u>avancée</u> <input type="checkbox"/> <u>plaque collat</u></p> <p>PAROD MARG <u>aigüe</u> <input type="checkbox"/> <u>chron déb.</u> <input type="checkbox"/> <u>moy.</u> <input type="checkbox"/> <u>avancée</u> <input type="checkbox"/></p> <p>POCHES PÉRIDENT <u>3 P</u></p> <p>A FACTURER <u>Examen + DPH</u> OCCLUSION <u>CL1</u> <input checked="" type="checkbox"/> <u>CL2</u> <u>CL3</u></p> <p>CROSSBITE <u>droit</u> <u>gauche</u> <u>ant.</u> <u>dent.</u></p> <p>OVERJET <u>5</u> mm Overbite <u>80</u> % <u>H=15 mm</u></p> <p>RAPPEL 6 9 12 CHEVAUCHEMENT <u>ANT.</u> <u>sup.</u> <u>Oui</u> <u>inf.</u> <u>Oui</u></p> <p>DIAGNOSTIC <u>3 P</u></p> <p><u>- Revue soie dentaire</u></p> <p><u>- Sugg des brosses + près des gencives</u></p>	
30/03/10	<p>EVA RAPPEL <u>1 PAN 4 BW</u> CARIE <u>Non</u> <u>Oui</u> <u>25MO a/s, 44D a/s, 46D a/s.</u></p> <p>JS <input type="checkbox"/> FRACTURE <u>Non</u> <u>Oui</u> <u>12M-11D-21M-45MO-1400-2400-370.</u></p> <p>TÊTE & COU <u>(N)</u> <u>A</u> MUQ <u>N</u> <u>A</u></p> <p>PRV <u>11-12-21-14-</u> HYGIÈNE <u>excellente</u> <input type="checkbox"/> <u>moy.</u> <input checked="" type="checkbox"/> <u>insuffisante</u> <input checked="" type="checkbox"/> <u>cl II</u></p> <p><u>2-24-37-45-</u> GING MARG <u>aigüe</u> <input type="checkbox"/> <u>chron déb.</u> <input checked="" type="checkbox"/> <u>moy.</u> <input checked="" type="checkbox"/> <u>avancée</u> <input type="checkbox"/> <u>inst hyg</u></p> <p><u>3' ex 28-</u> PAROD MARG <u>aigüe</u> <input type="checkbox"/> <u>chron déb.</u> <input type="checkbox"/> <u>moy.</u> <input type="checkbox"/> <u>avancée</u> <input type="checkbox"/> <u>soie + Brox</u></p> <p><u>4' consult collat</u> POCHES PÉRIDENT <u>1-3mm</u></p> <p>A FACTURER <u>EX DPH</u> OCCLUSION <u>CL1</u> <u>CL2</u> <u>CL3</u></p> <p>CROSSBITE <u>droit</u> <u>gauche</u> <u>ant.</u> <u>dent.</u></p> <p>OVERJET <u>5</u> mm Overbite <u>80</u> %</p> <p>RAPPEL 6 9 12 CHEVAUCHEMENT <u>ANT.</u> <u>sup.</u> <u>21</u> <u>inf.</u> <u>41</u></p> <p>DIAGNOSTIC <u>eruption 48</u></p> <p><u>41.</u></p>	

Philippe Chameau # 3999

DATE	SERVICES RENDUS	COM- PLET
02-02-06	<p>EXA RAPPEL 2 BQ CARIE <input checked="" type="radio"/> Non <input type="radio"/> Oui <u>16 MO</u></p> <p>QS <input checked="" type="checkbox"/> FRACTURE <input checked="" type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui</p> <p>TÊTE & COU <input checked="" type="radio"/> N <input type="radio"/> A MUQ <input checked="" type="radio"/> N <input type="radio"/> A</p> <p>PRV HYGIÈNE excellente <input type="checkbox"/> moy. <input checked="" type="checkbox"/> insuffisante <input type="checkbox"/> <u>Plaquet +</u></p> <p><u>1° 16 MO (2P)</u> GING MARG aigüe <input type="checkbox"/> chron déb. <input checked="" type="checkbox"/> moy. <input type="checkbox"/> avancée <input type="checkbox"/> <u>Slough +</u></p> <p>PAROD MARG aigüe <input type="checkbox"/> chron déb. <input type="checkbox"/> moy. <input type="checkbox"/> avancée <input type="checkbox"/></p> <p>POCHES PÉRIDENT</p> <p>A FACTURER OCCLUSION CL1 <input checked="" type="checkbox"/> CL2 <input type="checkbox"/> CL3 <input type="checkbox"/></p> <p><u>EX + PFH</u> CROSSBITE droit gauche ant. dent.</p> <p>OVERJET <u>6</u> mm Overbite <u>50</u> %</p> <p>RAPPEL 6 <input checked="" type="radio"/> 9 <input type="radio"/> 12 CHEVAUCHEMENT ANT. sup. <input checked="" type="checkbox"/> inf. <input type="checkbox"/></p> <p>DIAGNOSTIC <u>Carie</u> <u>Eruption 27-47</u> <u>Mobilité 55-65</u></p>	
09-02-06	<p><u>Anesth. I.B. a/n 16 0.9cc lido 2% 1:100000</u></p> <p><u>16 MO comp: chl carie, etch, solv granule B2, occlus</u></p>	
7-3-07	<p>EXA RAPPEL <input checked="" type="checkbox"/> CARIE <input checked="" type="radio"/> Non <input type="radio"/> Oui</p> <p>QS <input checked="" type="checkbox"/> FRACTURE <input checked="" type="radio"/> Non <input type="radio"/> Oui</p> <p>TÊTE & COU <input checked="" type="radio"/> N <input type="radio"/> A MUQ <input checked="" type="radio"/> N <input type="radio"/> A</p> <p>PRV HYGIÈNE excellente <input type="checkbox"/> moy. <input checked="" type="checkbox"/> insuffisante <input type="checkbox"/></p> <p>GING MARG aigüe <input type="checkbox"/> chron déb. <input checked="" type="checkbox"/> moy. <input type="checkbox"/> avancée <input type="checkbox"/></p> <p><u>Rappel</u> PAROD MARG aigüe <input type="checkbox"/> chron déb. <input type="checkbox"/> moy. <input type="checkbox"/> avancée <input type="checkbox"/></p> <p>POCHES PÉRIDENT</p> <p>A FACTURER OCCLUSION CL1 <input checked="" type="checkbox"/> CL2 <input type="checkbox"/> CL3 <input type="checkbox"/></p> <p><u>Examen + PFH</u> CROSSBITE droit gauche ant. dent.</p> <p>OVERJET <u>5</u> mm Overbite <u>50</u> % <u>H=15 mm</u></p> <p>RAPPEL 6 <input checked="" type="radio"/> 9 <input type="radio"/> 12 CHEVAUCHEMENT <u>ANT</u> sup. <u>Oui</u> inf. <input type="checkbox"/></p> <p>2P DIAGNOSTIC <u>Eruption des 7</u></p>	D.B
* 25/9/07	<p><u>Ne voulait pas le fluor</u></p> <p>EXA RAPPEL <input type="checkbox"/> CARIE <input checked="" type="radio"/> Non <input type="radio"/> Oui <u>4 ans Als</u></p> <p>QS <input checked="" type="checkbox"/> FRACTURE <input checked="" type="radio"/> Non <input type="radio"/> Oui</p> <p>TÊTE & COU <input checked="" type="radio"/> N <input type="radio"/> A MUQ <input checked="" type="radio"/> N <input type="radio"/> A</p> <p>PRV HYGIÈNE excellente <input type="checkbox"/> moy. <input checked="" type="checkbox"/> insuffisante <input type="checkbox"/> <u>ging chronique ant sup collet</u></p> <p>GING MARG aigüe <input type="checkbox"/> chron déb. <input checked="" type="checkbox"/> moy. <input type="checkbox"/> avancée <input type="checkbox"/> <u>Bcp Bcp plaque gen</u></p> <p>PAROD MARG aigüe <input type="checkbox"/> chron déb. <input type="checkbox"/> moy. <input type="checkbox"/> avancée <input type="checkbox"/></p> <p>POCHES PÉRIDENT</p> <p>A FACTURER OCCLUSION <u>CL1</u> CL2 <input type="checkbox"/> CL3 <input type="checkbox"/></p> <p><u>Examen DPH</u> CROSSBITE droit gauche ant. dent.</p> <p>OVERJET <u>5</u> mm Overbite <u>60</u> % <u>H: 15 mm</u></p> <p>RAPPEL <input checked="" type="radio"/> 6 <input type="radio"/> 9 <input type="radio"/> 12 CHEVAUCHEMENT <u>ANT</u> sup. <input checked="" type="checkbox"/> inf. <u>leger</u></p> <p>3P DIAGNOSTIC <u>Eruption 17-37-47</u></p>	ms

Diagnostic: gingivite d'éruption
éruption 13-14-23-24-33-34-43-44
mobilité 75-85

Plan de traitement suggéré:

Rappel ds 6 mois 2P

Plan de traitement alternatif:

Pronostic:

Examen fait le: 2004 10 25
Année Mois Jour

par:

Signature du dentiste traitant

CONSENTEMENT ÉCLAIRÉ

Je, soussigné, consens à ce que les traitements dentaires débutent, tels que décrits, et je reconnais que le dentiste m'a expliqué le traitement et l'alternative de traitement ainsi que les complications possibles, et qu'il (elle) a répondu à mes questions à ma satisfaction.

DATE: 25-10-2004

SIGNATURE DU PATIENT:

DATE	SERVICES RENDUS	COM- PLET
25-10-2004	EX complet + PFH	D.B
	Revue (Brossage)	
27-6-05	EXA RAPPEL ✓ QS ✓ PRV Rappel A FACTURER EXAMEN + PFH RAPPEL 6 9 12 2P Fluor à la tige montée Revue (Brossage)	D.B
	CARIE Non Oui FRACTURE Non Oui TÊTE & COU N A MUQ N A HYGIÈNE excellente moy. ✓ insuffisante GING MARG aigüe chron déb. moy. avancée PAROD MARG aigüe chron déb. moy. avancée POCHES PÉRIDENT OCCLUSION CL1 ✓ CL2 CL3 CROSSBITE droit gauche ant. dent. OVERJET 6 mm Overbite 50 % H=15 mm CHEVAUCHEMENT ANT. sup. inf. ✓ DIAGNOSTIC	

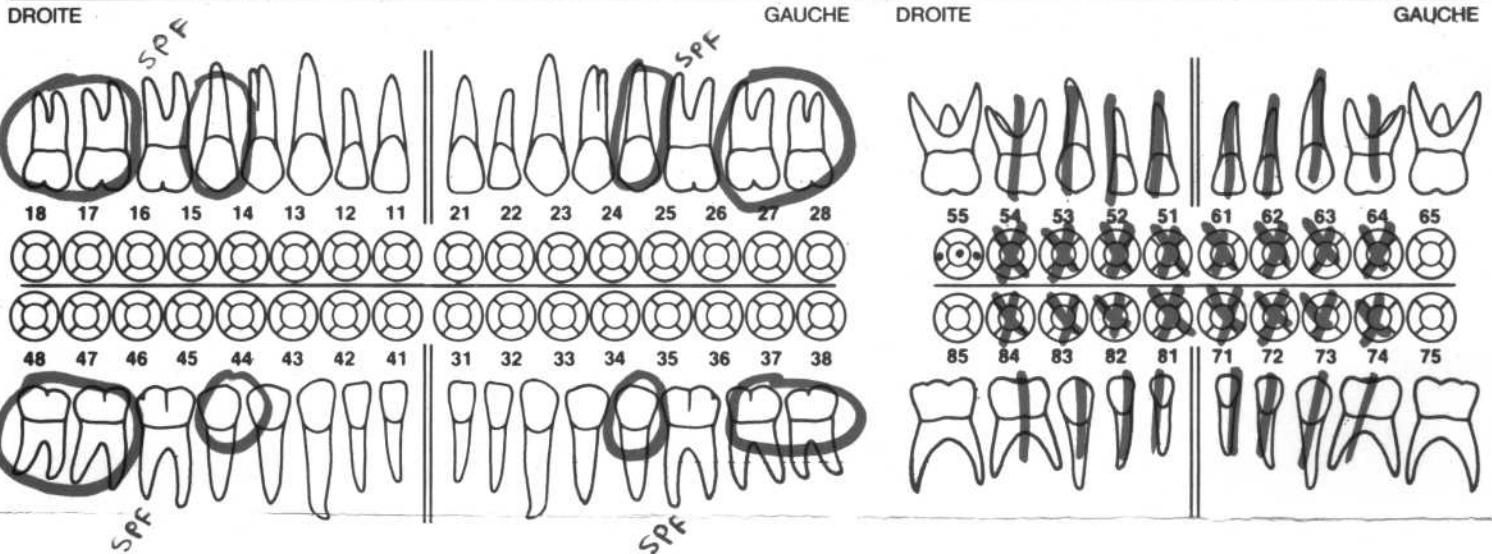
3999

DATE DE NAISSANCE: 1992-05-07	No. ASSURANCE-MALADIE:	No. AIDE SOCIALE:
NOM DE FAMILLE: C. CHARNEAU	PRENOM: PHILIPPE	
ADRESSE: 3799 Howard	APP.:	VILLE: St-Hubert
CODE POSTAL: J3Y 7E4	TÉLÉPHONE (R): (450) 445-4737	TÉLÉPHONE (T):
NOM DU RESPONSABLE: Claire Charneau	PÈRE:	MÈRE: X
ADRESSE: C. Charneau		TÉL:
ASSURANCE DENTAIRE? OUI <input checked="" type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> COMP:	OCCUPATION:	

DOSSIER DENTAIRE

PRÉCAUTIONS

TROUBLE (s):
ALLERGIE (s):
REMARQUES:
MÉDECIN TRAITANT:
RÉFÈRE PAR:



Plainte principale:

Précautions préopératoires:

Histoire de cas (Anamnèse)

A eu ortho en 2002

EXAMEN CLINIQUE

N = Normal A = Anormal

A Évaluation générale

N ☒ A ☐

B Examen extra-oral

A.T.M. ☒ ☐
Glandes salivaires ☒ ☐
Tête et cou ☒ ☐

C Examen endo-buccal

Lèvres ☒ ☐
Muqueuse ☒ ☐
Parodonte ☒ ☐
Palais ☒ ☐
Oro-pharynx ☒ ☐
Plancher de la bouche ☒ ☐
Vestibule ☒ ☐
Langue ☒ ☐
Occlusion ☒ ☐

C Examen endo-buccal (suite)

N A

Hygiène buccale:

Excellente ☐
Moyenne ☒
Insuffisante ☐

Édenté complet oui ☐ non ☒
Édenté partiel oui ☐ non ☒

État des crêtes ☐ ☐

État des prothèses ☐ ☐

D Examen radiologique

Dents Os: Voir le rapport sur l'odontogramme original

E Examens spéciaux

	0	1	2
Test de vitalité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Percussion	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sensibilité au froid	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sensibilité au chaud	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

OB 5020 OS 6 mm H=15 mm

VERSO

**CONFIDENTIEL.
HISTOIRE DENTAIRE**

S.V.P. IL EST IMPORTANT DE RÉPONDRE À TOUTES LES QUESTIONS SUIVANTES

RAISON DE LA PRÉSENTE VISITE? ☒ EXAMEN ☐ TRAITEMENT COMPLET ☐ URGENCE SEULEMENT ☐ AUTRE: _____

RESSENTEZ-VOUS DE LA DOULEUR ACTUELLEMENT? ☒ NON ☐ SI OUI, OÙ? _____

DATE DE VOTRE DERNIÈRE VISITE CHEZ LE DENTISTE

ANNÉE	MOIS	JOUR

LE TRAITEMENT REÇU À CE MOMENT-LÀ _____

NOMBRE DE RADIOGRAPHIES DENTAIRES DEPUIS 2 ANS? _____

RÉFÉRÉ PAR: *ROSLAND FOUCIOT*

INDIQUEZ CI-DESSOUS LES SITUATIONS QUE VOUS AVEZ EUES

TRAITEMENT DES GENÇEVES	<input checked="" type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	COURONNES ET/OU PONTS	<input checked="" type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	DÉMONSTRATION D'HYGIÈNE BUCCALE	<input checked="" type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
TRAITEMENT D'ORTHODONTIE	<input checked="" type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	PROTHÈSES COMPLÈTES ET OU PARTIELLES	<input checked="" type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	VOS GENÇEVES SAIGNENT?	<input checked="" type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
TRAITEMENT DE CANAL	<input checked="" type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	CHIRURGIE BUCCALE OU EXTRACTIONS	<input checked="" type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	DES DENTS SENSIBLES?	<input checked="" type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
OBTURATIONS DENTAIRES	<input checked="" type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON				

INFORMATIONS PERSONNELLES: ÊTES-VOUS LE SEUL RESPONSABLE DES HONORAIRES? OUI ☐ NON ☒ SI NON, INDIQUEZ CI-APRÈS:

NOM DE FAMILLE DU RESPONSABLE	PRÉNOM	PÈRE	MÈRE	TUTEUR	AUTRE
CLAIRES CHARPUSAT	CLAIRES				

ADRESSE	App	VILLE	CODE POSTAL
3799 HUPARD		St. Hubert	J 34 1 84

TÉLÉPHONE (RÉS.): *445-4737*

TÉLÉPHONE (BUR.): _____

AVEZ-VOUS UNE ASSURANCE DENTAIRE? OUI ☒ NON ☐ No. POLICE _____

NOM DE LA COMPAGNIE _____

SIGNATURE DU PATIENT / DU RESPONSABLE

Paul Hupard

ANNÉE	MOIS	JOUR
01	10	25

ANNÉE	MOIS	JOUR

3999

S.V.P. COCHEZ ☒ OU LETTRES MOULÉES

NOM DE FAMILLE DU PATIENT			PRÉNOM		INITIALE		ANNÉE		MOIS		JOUR		TAILLE	
M	<input type="checkbox"/>	C. CHARNEAU	PHILIPPE				DATE DE NAISSANCE		9	2	0	5	0	7
MME	<input type="checkbox"/>													
ADRESSE (NO., RUE, APP.)			VILLE		CODE POSTAL		TÉLÉPHONE							
3799 HOWARD			ST HUBERT				(RÉS.) (BUR.)							

NO. ASS. SOC.: [] [] [] [] [] [] [] [] [] []

AVEZ-VOUS DES PROBLÈMES DE SANTÉ DEPUIS 5 ANS? OUI ☐ NON ☒

DE MALADIES GRAVES? OUI ☐ NON ☐

DATE EXP. [] [] [] [] [] [] [] [] [] []

AVEZ-VOUS ÉTÉ HOSPITALISÉ? OUI ☐ NON ☒

SI HOSPITALISÉ, POURQUOI? _____

ÊTES-VOUS SUIVI PAR VOTRE MÉDECIN PRÉSENTEMENT? OUI ☐ NON ☒ OUI, PRÉCISEZ _____

PRENEZ-VOUS DES MÉDICAMENTS?: OUI ☐ NON ☒

ASPIRINE ☐ VITAMINES ☐ AUTRES ☐

FAITES-VOUS DES RÉACTIONS ALLERGIQUES?: PÉNICILLINE ☐ ASPIRINE ☐ CODÉINE ☐ SULFAMIDÉS ☐ ANESTHÉSIE LOCALE ☐ AUTRES ☐ _____

NOM DE VOTRE MÉDECIN _____ TÉLÉPHONE _____ POSTE _____

INDIQUEZ CI-DESSOUS LE OU LES PROBLÈMES QUE VOUS AVEZ EUS:

	OUI	NON		OUI	NON
FIÈVRE RHUMATISMALE, ENDOCARDITE	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	TUBERCULOSE OU AUTRES PROBLÈMES PULMONAIRES	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
PROBLÈME CARDIAQUE (INFARCTUS, ANGINE, SOUFFLE)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	TROUBLES DIGESTIFS <input type="checkbox"/> ULCÈRE DE L'ESTOMAC <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
AVEZ-VOUS DES PROTHÈSES ARTICULAIRES (HANCHES, GENOUX)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	PROBLÈMES OCULAIRES: GLAUCOME <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
PROBLÈMES SANGUINS ANORMAUX, ANÉMIE <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	ÉPILEPSIE	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
SAIGNEMENT ANORMAL, GUÉRISON PROLONGÉE, CONTUSIONS FACILES	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	SINUSITE	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
ASTHME, FIÈVRE DES FOINS	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	MALADIES VÉNÉRIENNES (MTS) <input type="checkbox"/> SERO-POSITIF (SIDA) <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
PRESSION SANGUINE HAUTE <input type="checkbox"/> BASSE <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	DIABÈTE	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
ÉTOURDISSEMENTS, PERTE DE CONSCIENCE	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	TROUBLES THYROÏDIENS: HYPO <input type="checkbox"/> HYPER <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
HÉPATITE (JAUNISSE), MALADIE DU FOIE	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	TRAITEMENT AUX RADIATIONS POUR TUMEUR OU AUTRE	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
ARTHRITE	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	MALADIES DE LA PEAU	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
TROUBLES RÉNAUX	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	TROUBLES NERVEUX	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
MAUX DE TÊTE FRÉQUENTS <input type="checkbox"/> MAUX D'OREILLES <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	FEMME: ÊTES-VOUS ENCEINTE?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
USAGE DE DROGUES	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	PRENEZ-VOUS DES ANOVULANTS?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
ALLERGIE AU LATEX	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>			