	SERVICES RENDUS	COM- PLET	
E LA RAPPEL 28W	emul on 600 36M, 45M, 44D, 14B, 24B, 25M.		
		mont	
PPV			
2	The state of the s	ene	ant suy
- Kappa		n	
		-	0 10/
	POUNTS PENTICENT VISION SHEAR SHEAR		- //
	Control Vol. 11 (10)	ingu	e demi
ex rapper	CROSSBITE droit gauche ant. dent.		
	OVERJET 9 mm Overbite 60 %		
RAPPEL 6 9 12	CHEVAUCHEMENT ANT. sup. inf	,	
	DIAGNOSTIC Malacelusian		
	emption 37	X	
aime jouer ch	aguitare.		
	0 00 01		
SAA DADDEL	CARLE (Non Out Jam Ms 140 Als 240 HS 25 m H/S	DA	
,	77-06 1112010 115 016 111 016	工好	0 A/S
QS LY	MID (N) A		
	i hit	LI	0.0
PRV		Lage	J col
Rappel	GING MARG aigüe chron deb. moy avancee		
+800'5	PAROD MARG aigüe chron déb. moy. avancee		
	POCHES PÉRIDENT		
A EACTURER	OCCLUSION CL1 CL2 CL3 CL3		
	119 100 80	a	
	71100		
	1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1		
3 P	DIAGNOSTIC		
, , ,	1 (44)	Я	
( )			
sugg de Drie	son T pres des genalles	-	
4	25MO als. 440 als. 460 a	5.	
	CARIE Non Out 12M-11D-21M-45MO-1400-24	100-	370.
	CA DADDEL	1	- 4
4013	S O LUI CHEANG	)	
DDV		_	
1-11-12-21-14-	CINC MARCHES STATE OF THE STATE	nat A	uc
224-37-45	GING MAKG algue Chron deb. W moy. W avancee 1	ou.	Bron
3' EX 2 # X			
1º Commette ortho	POCHES PÉRIDENT 1 - 3mm		
A FACTURER	OCCLUSION CL1 CL2 CL3	-	
EX DPH.	CROSSBITE droit gauche ant. dent	8	
RAPPEL 6 9 12	CHEVAUCHEMENT ANT.) Sup. 21 (at.) 41		
A STATE OF THE STA			
	PRV Rappel  A FACTURER EX rappel  RAPPEL  OIML JONER CLA  PRV Rappel  A FACTURER EXamen + DPH  + Lun  RAPPEL 6 9 12  3 P  Revue Dole of  Sugg de Done  EVM 19AN EVARAPPEL 18W  DRIV  PRV 1711-12-21-14- 227-37-45 3 EXD EX  A FACTURER EX DPH  A FACTURER EX DPH  A FACTURER EX DPH	FRACTURE ROD ON A SAUGHE PROVIDE AVAILABLE PROVIDED AND A SAUGHE PROVIDED AND AND A SAUGHE PROVIDED AND A SAUGH PROVIDED AND A SAUGHE PROVIDED AND A SAUGHE PROVIDED AND A SAUGH	TETE & COU (N) A MUD (N) A SAUSTINETIAL PROPERTY OF THE STATE ROBOTO CONTROL OF THE ST

DATE	ilippe Chameo	SERVICES RENDUS	COM- PLET	
		07 1/ 1/2		
2-02-06	LA RAPPEL ZBW	CARIE NOT CE NOTE MO MAN	9	
	38 🗹	THE TORE NO DUI - NO SHUTDARR	ha-	
		TELL SUBLE OF A M MUDO DITA	F	
	PRV	HYGIENE excellente I moy. I msumsante I	ah . t	+
	1º 16 MO (2P) -	GING MARG algue chron deb. moy. avancee	7	
	avancee	PARON MARG aigüe chron déb. moy. avancee		
		POCHES PÉRIDENT		
	À FACTURER	OCCLUSION CL1 CL2 CL2 CL3 MARCHOAR	A	
	EX+PFH	CROSSBITE droit gauche ant dent.		
	A A	OVERJET 6 mm Overbite 50 %	_	
	RAPPEL 6 (9) 12	CHEVALICHEMENT ANTIMINIST OF INTST & B. J. J.	94	
	KALLE O (9)	DIAGNOSTIC Care Marian Buccuttes		
	- Application of the second	Eruption 27-47 /	le	
		Mobilite 55-65		
7-02-06	Annath IR ali	16 0,900 Vido 27.1:100000	1	
	16 MO comp: abs	l'carie, etch, solopgyanous B2, occlosed	M	
		CARIE (Non) Oui		
3-07	CAA RAPPEL	VALUE .	D. F	1
JUT	us 🕡	PRACTORE MAIN A		3
		TETE & COO (N) A		
	PRV	HYGIENE EXCENENCE MOYE		
		CINIC MARIE MICHELL CHILDREN		
	Rappel	PAROD MARG aigüe chron déb. moy. avancee		
	1 1	POCHES PÉRIDENT CL3		
	À FACTURER	OCCLUSION CLI		
	Examen + PH	CROSSBITE droit gauche ant. dent. H=15 mm	J	
	RAPPEL 6 (9) 12	CHEVAUCHEMENT(ANT) sup. Out inf.		
	39	DIAGNOSTIC Implian des 7"	418	
			TO	
V =	1. 0.1	0.00	2 0	10000
*	No voulait p	as le Ylun min man in a	e	( work
6967	EXA RAPPEL	CARIE (Non ) Oui 4/on Als	m3	
	QS 🗹	FRACTURE Non Oui		
		TÊTE & COU (N) A MUQ, N (A) grane charage	out s	
	PRV	HYGIENE excellente moy. insuffisante Bep Bep		
		GING MARG aigüe ☐ chron déb. ☑ moy. ☐ avancée ☐	1	/
	17/26/2014 19	PAROD MARG algue chron déb. moy. avancée		
		POCHES PÉRIDENT		
	À FACTURER			
	Examer DPH	010		
		AND TOTAL STATE OF THE STATE OF		
	RAPPEL (6) 9 12			-
	. VIII LL (0) 9 12	CHEVAUCHEMEN" (ANT) (SLIP) Inf leger		

Plan de traitement suggéré:  Roppel de Goncie de Pian de traitement alternatif:  Pronostic:  Examen fait le: 300 / 10 35 par:  CONSENTEMENT ÉCLAIRÉ  De, soussigné, consens à ce que les traitements dentaires débutent, tels que décrits, et je reconnais que le dentiste n'expliqué le traitement et l'alternative de traitement ainsi que les complications possibles, et qu'il (elle) a répondu à m questions à ma satisfaction.  DATE: 35-10-300 / SERVICES RENDUS  DATE  SERVICES RENDUS  COMPLET  SERVICES RENDUS  COMPLET  CARIE (Non) Oui	eneration 1	13-14-23-24-33-	34-43-44	
Plan de traitement suggéré:  Roppel de Grace de l'  Pronostic:  Disamen fait le: 2004 10 35 par:  CONSENTEMENT ÉCLAIRÉ  Le, soussigné, consens à ce que les traitements dentaires débutent, tels que décrits, et je reconnais que le dentiste ni expliqué le traitement et l'alternative de traitement ainsi que les complications possibles, et qu'il (elle) a répondu à milles de la satisfaction.  DATE: 35-10-2004 EX Capital + P.F.H  DATE: 35-10-3004 EX Capital + P.F.H  REPUBLISANTURE DU PATIENT: DE L'ALLE D'ALLE DE L'ALLE DE L'ALLE DE L'ALLE D'ALLE	malalite 7			
Pronostic:  Examen falt le: 300 / 10 35 par:  CONSENTEMENT ÉCLAIRÉ   Le, soussigné, consens à ce que les traitements dentaires débutent, tels que décrits, et je reconnais que le dentiste nexpliqué le traitement et l'alternative de traitement ainsi que les complications possibles, et qu'il (elle) a répondu à m juestions à ma satisfaction.  DATE: 35-10-300 / SKGNATURE DU PATIENT AUGUMENT  DATE: SERVICES RENDUS  EXA RAPPEL CARIE (Non) Qui PRETIENT AUGUMENT  EXA RAPPEL CARIE (Non) Qui PRETIENT AUGUMENT  PRO HYGIENE excellente moy Manufant insuffisante para vancee para dent dent prochable front deb. moy vancee prochable signe chron deb.	J. W. S. C.			
Pronostic:  Ixamen falt le: 3004 10 35 par:  CONSENTEMENT ÉCLAIRÉ   e, soussigné, consens à ce que les traitements dentaires débutent, tels que décrits, et je reconnais que le dentiste n expliqué le traitement et l'alternative de traitement ainsi que les complications possibles, et qu'il (elle) a répondu à m questions à ma satisfaction.   MATE: 35-10-3004 SERVICES RENDUS  COMPLET  SERVICES RENDUS  PLET  SERVICES RENDUS  COMPLET  SERVICES RENDUS  COMPLET  SERVICES RENDUS  PRACTURE (Non) Oui  FRACTURE (Non) Oui  TÊTE & COULU) A MUJO N A  TÊTE & COULU A MUJO N	Plan de traitement suggéré:	*	Plan de traitement alternatif:	
CONSENTEMENT ÉCLAIRÉ  e, soussigné, consens à ce que les traitements dentaires débutent, tels que décrits, et je reconnais que le dentiste numerous à ma satisfaction.  ATE: 35-10-300 SIGNATURE DU PATIENT: A COMPLET SERVICES RENDUS  DATE SERVICES RENDUS  COMPLET SERVICES	^ \	. 20	I lan do transment attendant	
CONSENTEMENT ÉCLAIRÉ  e, soussigné, consens à ce que les traitements dentaires débutent, tels que décrits, et je reconnais que le dentiste natural en representation et l'alternative de traitement ainsi que les complications possibles, et qu'il (elle) a répondu à muestions à ma satisfaction.  ATE: 35-10-300   SERVICES RENDUS   SERVICES	Mapper on on	- I p alon		10.
CONSENTEMENT ÉCLAIRÉ  e, soussigné, consens à ce que les traitements dentaires débutent, tels que décrits, et je reconnais que le dentiste natural en raitement et l'alternative de traitement ainsi que les complications possibles, et qu'il (elle) a répondu à muestions à ma satisfaction.  ATE: 35-10-200   SERVICES RENDUS   SERVICES RENDUS   SERVICES RENDUS    DATE   SERVICES RENDUS   SERVI		8		
CONSENTEMENT ÉCLAIRÉ  e, soussigné, consens à ce que les traitements dentaires débutent, tels que décrits, et je reconnais que le dentiste nutricular de traitement et l'alternative de traitement ainsi que les complications possibles, et qu'il (elle) a répondu à muestions à ma satisfaction.  ATE: 35-10-300   SERVICES RENDUS   SERVICES		2 2 3		*
CONSENTEMENT ÉCLAIRÉ  e, soussigné, consens à ce que les traitements dentaires débutent, tels que décrits, et je reconnais que le dentiste mispliqué le traitement et l'alternative de traitement ainsi que les complications possibles, et qu'il (elle) a répondu à muestions à ma satisfaction.  SERVICES RENDUS  DATE  SERVICES RENDUS  SERVICES RENDUS  COMPLET  SERVICES RENDUS  SERVICE	ronostic:	8 9 V	10.	
CONSENTEMENT ÉCLAIRÉ  e, soussigné, consens à ce que les traitements dentaires débutent, tels que décrits, et je reconnais que le dentiste mixpliqué le traitement et l'alternative de traitement ainsi que les complications possibles, et qu'il (elle) a répondu à mi uestions à ma satisfaction.  ATE: 35-10-300   SIGNATURE DU PATIENT: D'ALLE PRINTER   SERVICES RENDUS   COMPLET    RAULE   SERVICES RENDUS   COMPLET    RAU	7001		· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·	
e, soussigné, consens à ce que les traitements dentaires débutent, tels que décrits, et je reconnais que le dentiste mixpliqué le traitement et l'alternative de traitement ainsi que les complications possibles, et qu'il (etle) a répondu à muestions à ma satisfaction.  ATE: 35-10-300 / SIGNATURE DU PATIENT: ACLUMENTAIRE	Année	Mois Jour	, Signature du dentiste traitant	
e, soussigné, consens à ce que les traitements dentaires débutent, tels que décrits, et je reconnais que le dentiste mixpliqué le traitement et l'alternative de traitement ainsi que les complications possibles, et qu'il (etle) a répondu à muestions à ma satisfaction.    DATE			<i>#</i>	
ATE: 35-10-300 / SIGNATURE DU PATIENT: DE COMPLET SERVICES RENDUS  DATE  SERVICES RENDUS  SERVICES RENDUS  COMPLET SERVIC	The state of the s	CONSENTE	EMENT ÉCLAIRÉ	
ATE: 35-10-300 / SERVICES RENDUS  SERVICES RENDUS  SERVICES RENDUS  COMPLET  SIGNATURE DU PATIENT: DE COMPLET  SERVICES RENDUS  COMPLET  FRACTURE (Non) Oui  TÊTE & COU N A MUQ N A  TÊTE & COU N A				
ATE: 35-10-300 SIGNATURE DU PATIENT: Que les complications possibles, et qu'il (elle) a répondu à minestions à ma satisfaction.  SIGNATURE DU PATIENT: Que l'il (elle) a répondu à minestions à ma satisfaction.  SIGNATURE DU PATIENT: Que l'il (elle) a répondu à minestions à ma satisfaction.  SIGNATURE DU PATIENT: Que l'il (elle) a répondu à minestions à ma satisfaction.  SIGNATURE DU PATIENT: Que l'il (elle) a répondu à minestions à ma satisfaction.  SIGNATURE DU PATIENT: Que l'il (elle) a répondu à minestions à ma satisfaction.  SIGNATURE DU PATIENT: Que l'il (elle) a répondu à minestions à ma satisfaction.  COM-PLET DE L'OL QUE l'IL Q				
RAULE REPORTS  FRACTURE (Non) Oui  FRACTURE (Non) Oui  FRACTURE (Non) Oui  FRACTURE (Non) Oui  HYGIÈNE excellente moy. V insuffisante    HYGIÈNE excellente moy. V insuffisante    PRV GING MARG aigüe chron déb. moy. avancee    PAROD MARG aigüe chron déb. moy. avancee    POCHES PÉRIDENT  OCCLUSION CL1  CL2  CL3  OVERJET droit gauche ant. dent.  EXAMEN PF H CROSSBITE droit gauche ant. dent.  OVERJET de mm Overbite 50 % H=15  OVERJET DIAGNOSTIC  PLUN a la tige manual	ATE: 35-10-2004	SIG	NATURE DU PATIENT: La Hau	lev-
Revue Renage  EXA RAPPEL CARIE (Non Oui D. B)  FRACTURE (Non Oui MUQ (N) A  TÊTE & COU (N) A MUQ (N) A  HYGIÈNE excellente moy. L' insuffisante moy. L' insu	ATE: 35-10-2004	SIG	NATURE DU PATIENT: Lace Shal	levi
EXA RAPPEL CARIE Non Oui  FRACTURE Non Oui  TÊTE & COU N A MUQ N A  TÊTE & COU N A MUQ N A  HYGIÈNE excellente moy. insuffisante moy. avancee moy				
EXA RAPPEL CARIE (Non Oui D. B)  FRACTURE (Non Oui D. B)  HYGIÈNE excellente MOY. DI insuffisante D. B)  FRACTURE (Non Oui D. B)  FRACTURE (Non Ou	DATE			
FRACTURE (Non) Oui  FRACTURE (Non) Oui  TÊTE & COU (N) A MUQ (N) A  TÊTE & COU (N) A MUQ (N) A  HYGIÈNE excellente moy. I insuffisante moy. I avancee m	DATE	SERVICE Lt + PFH		
TÊTE & COU N A MUQ (N) A  PRV HYGIÈNE excellente moy. insuffisante	DATE 5-10-2004 EX Compl Revue Bros	SERVICE PT H	S RENDUS	D.B
HYGIÈNE excellente moy. insuffisante moy. insuffisante moy. insuffisante moy. insuffisante moy. avancee moy. Aractuse moy. avancee moy. Aractuse moy. avancee moy. Aractuse moy. A	DATE 5-10-2004 EX Compl Revue Bros	SERVICE  LIT + PFH  CARIE (Non)	S RENDUS Oui	D.B
GING MARG aigüe chron déb. moy. avancee  PAROD MARG aigüe chron déb. moy. avancee  PAROD MARG aigüe chron déb. moy. avancee  POCHES PÉRIDENT  OCCLUSION CL1 CL2 CL3  OCCLUSION CL1 CL2 CL3  OVERJET droit gauche ant. dent.  EXamen + PF H CROSSBITE droit gauche ant. dent.  OVERJET OVERJET Sup. inf.  OVERJET Sup. inf.  PRAPPEL 6 9 12 CHEVAUCHEMENT (ANT.) sup. inf.  PRAPPEL 6 9 12 CHEVAUCHEMENT (ANT.) sup. inf.  Flux à la tige mantiè	DATE 5-10-2004 EX Compl Revue Bross EXA RAPPEL	SERVICE  CARIE (Non)  FRACTURE (Non)	OuiOui	D.B
PAROD MARG aigüe chron deb. moy. avances  POCHES PÉRIDENT  OCCLUSION CL1 CL2 CL3  A FACTURER  OCCLUSION CL1 CL2 CL3  OVERJET droit gauche ant. dent.  EXamen + PF H crossbite droit gauche 50 % H=15 mm  OVERJET 6 mm Overbite 6 mm  OVERJ	DATE 5-10-2004 EX Compl Revue Bross EXA RAPPEL	SERVICE  A P F H  CARIE (Non)  FRACTURE (Non)  TÊTE & COU (N)	Oui  Oui  A  MUQ N  A  enter   mov V insuffisante	D.B
POCHER PÉRIDENT  OCCLUSION CL1 CL2 CL3  A FACTURER  OCCLUSION CL1 CL2 CL3  OCCLUSION CL1 CL2 CL3  EXamon + PF H crossbite droit gauche ant. dent.  OVERJET 6 mm Overbite 50 % H=15 mm  OVERJET 6 mm Overbite 50 %	DATE 5-10-2004 EX Comp Revue Bres 46-05 QS EXA RAPPEL	SERVICE  LT + PFH  CARIE (Non) FRACTURE (Non) TÊTE & COU N  HYGIÊNE excell	Oui  Oui  A  MUQ N A  ente moy. insuffisante  avancee	D.B
A FACTURER  OCCLUSION CL1 CL2 CL3  EXamen + PF H CROSSBITE droit gauche ant. dent.  EXamen + PF H CROSSBITE droit gauche ant. dent.  OVERJET 6 mm Overbite 50 % H=15 mm  OVERJET 6 mm Overbite 50 % H=15 mm  OVERJET 6 mm Overbite 50 % H=15 mm  PRAPPEL 6 9 12 CHEVAUCHEMENT (ANT) sup. inf.	DATE 5-10-200 / EX Comp Revue Brown 6-05 QS D PRV	SERVICE  LT + PFH  CARIE (Non) FRACTURE (Non) TÊTE & COU N  HYGIÊNE excell	Oui  Oui  A  MUQ N A  ente moy. insuffisante  avancee	D.B
EXAMEN + PEH CROSSBITE droit gauche ant. dent.  OVERJET 6 mm Overbite 50 % H=15 mm  OVERJET 6 mm Overb	DATE 5-10-200 / EX Comp Revue Brown 6-05 QS D PRV	CARIE NON FRACTURE NON TÊTE & COU N HYGIÊNE excell GING MARG aig	Oui  Oui  A MUQ N A  ente moy insuffisante   iie chron deb. moy avancee  iiie chron deb. avancee	D.B
RAPPEL 6 9 12 CHEVAUCHEMENT (ANT) SUP. IIII.	DATE 5-10-2004 EX Corp Revue Bron EXA RAPPEL PRV Rappel	CARIE (Non) FRACTURE (Non) TÊTE & COU (N) HYGIÊNE EXCEIL GING MARG AIG PAROD MARG AIG POCHES PÉRIDEN	Oui  Oui  A MUQ N A  ente moy. insuffisante  iie chron deb. moy. avancee  gue chron deb. moy. avancee	D.B
RAPPEL (8) 9 12 CHEVAUCHEMENT (ANT) SUP. IIII.  Plum à la tige montre	DATE 5-10-2004 EX Corp Revue Bron EXA RAPPEL PRV Rappel	CARIE (Non) FRACTURE (Non) TÊTE & COU (N) HYGIÊNE EXCEIL GING MARG AIG PAROD MARG AIG POCHES PÉRIDEN	Oui  Oui  A MUQ N A  ente moy. insuffisante moy. avancee  gue chron deb. moy. avancee  CL2 CL3	D.B.
Fluer à la tige montre	DATE 5-10-2004 EX Corp  Revue Bron  FOOD EXA RAPPEL  PRV  Rappel	CARIE (Non) FRACTURE (Non) TÊTE & COU (N) HYGIÊNE excell GING MARG aig PAROD MARG aig POCHES PÉRIDEN OCCLUSION CL	Oui  Oui  A MUQ N A  ente moy. insuffisante   gie chron deb. moy. avancee  gie chron deb. moy. avancee  CL2 CL3  gauche ant. dent.	D.B.
Fluer à la tige montre	DATE 5-10-2001/ EX Comp  Revue Brown  FACTURER  EXARAPPEL  A FACTURER  EXAMEN + P	CARIE NON FRACTURE NON TÊTE & COU N HYGIÊNE EXCEIL GING MARG aig PAROD MARG aig POCHES PÉRIDEN OCCLUSION CL	Oui  Oui  A MUQ (N) A  ente   moy.   insuffisante    gue   chron deb.   moy.   avancee    Gue   chron deb.   moy.   avance	D.B.
Fluer à la tige montre Reven Brossage	PRV RAPPEL 6 9	CARIE Non FRACTURE NON TÊTE & COU N HYGIÊNE excell GING MARG aig PAROD MARG aig PAROD MARG aig POCHES PÉRIDEN OCCLUSION CL E H CROSSBITE droit OVERJET ON	Oui  Oui  A MUQ (N) A  ente   moy.   insuffisante    gue   chron deb.   moy.   avancee    gue   chron deb.   moy.   avancee    CL2	D.B.
Reven Bronage	PRV RAPPEL 6 9	CARIE Non FRACTURE NON TÊTE & COU N HYGIÊNE excell GING MARG aig PAROD MARG aig PAROD MARG aig POCHES PÉRIDEN OCCLUSION CL E H CROSSBITE droit OVERJET ON	Oui  Oui  A MUQ (N) A  ente   moy.   insuffisante    gue   chron deb.   moy.   avancee    gue   chron deb.   moy.   avancee    CL2	D.B.
	PRV RAPPEL 6 9	CARIE Non FRACTURE NON TÊTE & COU N HYGIÊNE excell GING MARG aig PAROD MARG aig PAROD MARG aig POCHES PÉRIDEN OCCLUSION CL E H CROSSBITE droit OVERJET OT DIAGNOSTIC	Oui  Oui  A MUQ (N) A  ente   moy.   insuffisante    pue   chron déb.   moy.   avancee    pue   chron déb.   moy.   avancee    Oui  CL2 CL3  gauche ant. dent.  mm Overbite 50 % H=15	D.B.
	PRV  RAPPEL 6 9  Flue a S	CARIE (NON) FRACTURE (NON) HYGIÈNE EXCEIL GING MARG AIG PAROD MARG AIG POCHES PÉRIDEN OCCLUSION CL F II CROSSBITE droit OVERJET O'CHEVAUCHEMEN DIAGNOSTIC	Oui  Oui  A MUQ (N) A  ente   moy.   insuffisante    pue   chron déb.   moy.   avancee    pue   chron déb.   moy.   avancee    Oui  CL2 CL3  gauche ant. dent.  mm Overbite 50 % H=15	D.B.

.3999 No. ASSURANCE-MALADIE: No. AIDE SOCIALE: DOSSIER DENTAIL **PRÉCAUTIONS** PRENOM TROUBLE (s): APP: VILLE ALLERGIE (s): TÉLÉPHONE (T): 134 7E4 (450)445-4 REMARQUES: (450)445-47 MÈRE: TUTEUR: AUTRE: MÉDECIN TRAITANT: Sceurs: Jessiea Bianca Sabrin TÉL: Chaineau ASSURANCE DENTAIRE? RÉFÉRE PAR OCCUPATION: OUI NON COMP GAUCHE DROITE GAUCHE DROITE 58ª Plainte principale: Précautions préopératoires: Histoire de cas (Anamnèse) **EXAMEN CLINIQUE** N= Normal A= Anormal Évaluation générale C Examen endo-buccal (suite) Hygiène buccale: Excellente Examen extra-oral Moyenne A.T.M. D Insuffisante Glandes salivaires 0 Édenté complet oui Édenté partiel oui Tête et cou D État des crêtes État des prothèses Examen endo-buccal Lèvres 1 Examen radiologique Muqueuse W Dents + Os: Voir le rapport sur l'odontogramme original Parodonte D Palais 0 E Examens spéciaux Oro-pharynx Plancher de la bouche D/ 0 1 2 Vestibule Test de vitalité Langue 0 Percussion 0 Sensibilité au froid Occlusion Sensibilité au chaud OB 5070 VERSO

E MOIS JOUR	IBNNA					
Shor Siow /	ANNE ANNE	DO PATIENT DURES	X X			
	DE LA COMPAGNIE	won le		No. POLICE	E NON D NON D	AVEZ-VOUS UNE ASSURANCE DENT
		IONE (BUR.):	HGĖJĖT		tELH-	TÉLÉPHONE (RÉS.):
ASIA	S C JATSO9 TABO	TH' FEIN	дд∀		QHH)	PH 65EE SSSHOW
∃ATUA	AUSTUT	Энэм	3834	SYLGOO	MARNISHU	NOW DE PARILLE DO PLOS POR DE
	SJH6	ниои, іивідиех сі-АР	ispon □ iuo se	ONSABLE DES HONORAIRE	TES-VOUS LE SEUL RESP	INFORMATIONS PERSONNELLES: É
ELNON GUO					NON [] INO	SARIATNAG DENTARDES
□ NON □ INO	VOS GENCIVES SENSIBLES?	OUI   NON   OUI   NON	XTRACTIONS	PROTHESES COMPLÈTES E	□ NON □ INO	
	DES DENTS SENSIBLES?	d NON □ INO	STITELLES  SNOITDARTX	CHIBNBGIE BNCCALE ON E	DI NON [INO	TRAITEMENT DE CANAL SEMIATNES DENTRIBES
1 NON □ IUO	DES DENTS SENSIBLES?  DEMONSTRATION D'HYGIÈNE BUCCALE	© NON □ INO	STOU PARTIELLES XTRACTIONS	онотнёses complères в снівиваів виссаге ou в	DI NON DI NO DI NON DI NO DI NON DI NO	TRAITEMENT D'ORTHODONTIE TRAITEMENT DE CANAL OBTURATIONS DENTAIRES
1 NON □ IUO	DES DENTS SENSIBLES?  DEMONSTRATION D'HYGIÈNE BUCCALE	OUI NON DOUD OUT NON DOUBLE VOUS A	ES SITUATIOI	Z & CI-DESSONS L	ONI ON IO	TRAITEMENT DES GENCIVES TRAITEMENT DES GENCIVES TRAITEMENT DE CANAL OBTURATIONS DENTAIRES
1 NON □ IUO	MTRIRES DEPUIS 2 ANS?  AVEZ EUES  VOS GENCIVES SAIGNENT?  DES DENTS SENSIBLES?  DES DENTS SENSIBLES?	OUI NON DOUD OUT NON DOUBLE VOUS A	NOMBRE DE STUATIOI	Z & CI-DESSONS L	OND ON CONDITIONS INDIANS INDI	TRAITEMENT DES GENCIVES TRAITEMENT DES GENCIVES TRAITEMENT DE CANAL OBTURATIONS DENTAIRES
1 NON □ IUO	MTRIRES DEPUIS 2 ANS?  AVEZ EUES  VOS GENCIVES SAIGNENT?  DES DENTS SENSIBLES?  DES DENTS SENSIBLES?	OUI ON ON OUT	LE TRAITEMI NOMBRE DE SE SITUATION ST OU PARTIELLES STINOTIONS	CHIBURGIE BUCCALE OU E	ONI NON EL ONI EL SHEZ LE DENTISTE	PSP(N)  REFERE PAR:  TRAITEMENT DES GENCIVES  TRAITEMENT DES GENCIVES  TRAITEMENT DE CANAL  TRAITEMENT DES GENCIVES

CONFIDENTIEL.
HISTOIRE MÉDICALE

PCL-HMD-8L

3999

## S.V.P. COCHEZ O OU LETTRES MOULÉES

NOM DE FAMILLE DU PATIENT M C. CHARNSAU PRÉNOM PHI	1/0	05	INITIALE ANNÉE MOIS JOUR TAILLE DATE DE NAISSANCE 912 015 017 POIDS	13	- /
ADRESSE (NO., RUE, APP.)  3799 HOWARD  VILLE ST HUBST	et	CODE	POSTAL TÉLÉPHONE     (RÉS.) (BUR.)		
NO. ASS. SOC. AVEZ-VOUS DES PROBLÈMES  DE SANTÉ DEPUIS 5 ANS?  OUI NON DE DES MALADIES GRAVES?  AVEZ-VOUS ÉTÉ HOSPITALISÉ?  OUI NON SI HOSPITALISÉ, POURQUE	UOI? —				
ÉTES-VOUS SUIVI PAR VOTRE MÉDECIN PRÉSENTEMENT? OUI ☐ NON ( NO )	RÉCISEZ	-		_	
PRENEZ-VOUS DES MÉDICAMENTS?: OUI ☐ NON ☐ ASPIRINE ☐ VITAI	MINES [	1	AUTRES 🗇		
FAITES-VOUS DES RÉACTIONS ALLERGIQUES?: PÉNICILLINE ☐ ASPIRINE ☐	CODÉI	NED	SULFAMIDÉS ☐ ANESTHÉSIE LOCALE ☐ AUTRES ☐ —		
NOM DE VOTRE MÉDECIN			TÉLÉPHONEPOSTE		
INDIQUEZ CI-DESSOUS LE C	HILE	SPR	OBLÈMES QUE VOUS AVEZ EUS:		
INDIGOLD OF DEGOGGG LE	OUI	NON	보다는 HPC 보보다는 그 집에 가는 다른 전 수사가 보다면서 (BPC) (그 2005) [	DUI	NON
FIÈVRE RHUMATISMALE, ENDOCARDITE		P			7
PROBLÈME CARDIAQUE (INFARCTUS, ANGINE, SOUFFLE)		þ	TROUBLES DIGESTIFS ☐ ULCÈRE DE L'ESTOMAC ☐		1
AVEZ-VOUS DES PROTHÈSES ARTICULAIRES (HANCHES, GENOUX)		Þ	PROBLÈMES OCULAIRES: GLAUCOME □		4
PROBLÈMES SANGUINS ANORMAUX, ANÈMIE □		ф	ÉPILEPSIE		ф
SAIGNEMENT ANORMAL, GUÉRISON PROLONGÉE, CONTUSIONS FACILES		4	SINUSITE		4
ASTHME, FIÈVRE DES FOINS		d	MALADIES VÉNÉRIENNES (MTS)   SERO-POSITIF (SIDA)		4
PRESSION SANGUINE HAUTE ☐ BASSE ☐		d	DIABÈTE	0	ф
ÉTOURDISSEMENTS, PERTE DE CONSCIENCE		ф	TROUBLES THYROÏDIENS: HYPO  HYPER  HYPER		b
HÉPATITE (JAUNISSE), MALADIE DU FOIE		ф	TRAITEMENT AUX RADIATIONS POUR TUMEUR OU AUTRE		p
ARTHRITE		ф	MALADIES DE LA PEAU	0	4
TROUBLES RÉNAUX		4	TROUBLES NERVEUX		ф
MAUX DE TÊTE FRÉQUENTS ☐ MAUX D'OREILLES ☐			FEMME: ÊTES-VOUS ENCEINTE?		ф
USAGE DE DROGUES			PRENEZ-VOUS DES ANOVULANTS?		Ф
ALLERGIE AU LATEX		Þ			