



RÉFÉRENCE POUR ANESTHÉSIE GÉNÉRALE

Référé par Dr(e):

Date:

INFORMATIONS DU PATIENT

Nom:	Prénom:	Date de naissance:
Parent(s) ou responsable(s):		
# assurance maladie:		Expiration:
Adresse:		Ville:
Code postal:		
# téléphone		
Rés.	Cell:	Bur.

CONDITION MÉDICALE

Merci de joindre le **questionnaire médical** de votre patient et, s'il y a lieu, sa **liste de médicaments**.

RADIOGRAPHIES

S'il-vous-plait, veuillez envoyer vos **radiographies** pertinentes (PA - BW - PANO)

- ☐ Aucune radiographie n'a été prise lors du rendez-vous
☐ Essai infructueux pour la prise des radiographies

*Veuillez prendre note
que les radiographies
dentaires ne sont pas
disponibles à l'hôpital

RAISON(S) NÉCESSITANT L'A.G.

- | | | |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Anxiété pathologique | <input type="checkbox"/> Trouble psychiatrique | <input type="checkbox"/> Caries multiples |
| <input type="checkbox"/> Déficience intellectuelle | <input type="checkbox"/> Paralysie cérébrale | <input type="checkbox"/> Chirurgie complexe |
| <input type="checkbox"/> Déficience physique | <input type="checkbox"/> Aucune collaboration | <input type="checkbox"/> Dent(s) incluse(s) |
| <input type="checkbox"/> Autisme | <input type="checkbox"/> Réflexe de nausée | <input type="checkbox"/> Allergie xylocaïne |
| <input type="checkbox"/> TDAH | <input type="checkbox"/> Limitation d'ouverture | |
| <input type="checkbox"/> Trisomie 21 | <input type="checkbox"/> Dislocation de l'ATM | |
| <input type="checkbox"/> Autre(s): | | |

PRIORITÉ

- ☐ urgent
☐ semi-urgent
☐ selon les disponibilités

COMMENTAIRES:

Signature du dentiste: