



## RÉFÉRENCE POUR ANESTHÉSIE GÉNÉRALE

Référe par Dr(e):

Date:

### INFORMATIONS DU PATIENT

Nom:

Prénom:

Date  
de naissance:

Parent(s) ou responsable(s):

# assurance maladie:

Adresse:

Code postal:

# téléphone

Rés.

Cell:

Expiration:

Ville:

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)

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

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

### 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:

\_\_\_\_\_