

Hôpital Albert CHENEVIER Pavillon CALMETTE RdC 40 Rue de MESLY 94000 CRETEIL
FAX : 01 49 81 34 86

DEMANDE de CONSULTATION ODONTOLOGIQUE

INDEXATION	
------------	--

Etiquette Patient IPP

DATE de la DEMANDE :/...../.....

DATE de RADIOGRAPHIE du PANORAMIQUE DENTAIRE OBLIGATOIRE :/...../.....

ETABLISSEMENT ET SERVICE :	TELEPHONE :	ETAGE :	LIT :
			

INFECTION BMR : OUI ☐ NON ☐	AUTRE INFECTION : OUI ☐ NON ☐
Précisez le site :	Laquelle :

En cas d'infection transmissible par contamination aérienne, le PORT de MASQUE est OBLIGATOIRE par le PATIENT

Le PATIENT est :

VALIDE : ☐ FUGUEUR : ☐ En FAUTEUIL : ☐

Le RENDEZ-VOUS est DEMANDE pour :

Ce JOUR : ☐ DANS les 24h à 48h : ☐ PLUS TARD : ☐

MOTIFS de la CONSULTATION :
ATCD principaux et traitements :

NOM du MEDECIN Demandeur :	POSTE :	SIGNATURE :
.....		

ATTENTION : LES DEMANDES INCOMPLETES SERONT REFUSEES

Cadre réservé au Service ODONTOLOGIE :
DATE et HEURE du RENDEZ-VOUS :