



**ORDRE NATIONAL
DES CHIRURGIENS-DENTISTES**

CONSEIL DÉPARTEMENTAL
DES YVELINES

NOM/PRÉNOM :

DATE :

ORDRE DEPARTEMENTAL DES YVELINES

ADRESSE UNIQUE DÉDIÉE AU TOUR DE GARDE : cdo.yvelines@gmail.com

COMPTE RENDU DE GARDE DENTAIRE

Remplissage : Une ligne par patient

ID PATIENT	ADRESSÉ PAR	AGE	MOTIF	RADIO RÉALISÉE	CODE POSTAL DU PATIENT	1/3 PAYANT	TÉLÉTRANSMISSION
	1 : régulation 2 : accès direct 3 : réorientation du 15	1 : Moins de 16 ans 2 : 16 à 65 ans 3 : Plus de 65 ans	1 : Douleur 2 : infection 3 : Traumatisme 4 : Autre motif	1 : OUI 2 : NON		1 : OUI 2 : NON	1 : OUI 2 : NON