



Clinique dentaire

DEMANDE DE CONSULTATION

401, chemin Smyth
Ottawa ON K1H 8L1

Télécopieur: 613-738-4201
Téléphone: 613-737-2357

NOTE IMPORTANTE:

- Envoyez la demande de consultation par télécopieur, au numéro qui figure ci-dessus. Nous n'acceptons pas de demande par courriel.
- **Tous les champs sur ce formulaire doivent être remplis. Les formulaires incomplets sont retournés à l'expéditeur.**
- Suite à l'acceptation d'une demande, nous contactons le patient/la famille pour l'informer de la date et de l'heure du rendez-vous.

VEUILLEZ INFORMER LA FAMILLE QUE:

- Suite à l'évaluation d'une demande, nous envoyons une lettre d'acceptation ou de refus au professionnel qui a soumis la demande.
- **La Clinique dentaire est payante.** Les frais de consultation ou de chirurgie dentaire doivent être payés à chaque visite.

PROFESSIONNEL TRAITANT (ÉCRIT CLAIREMENT)

Nom : _____	Date de cette demande : _____
<input type="checkbox"/> M.D. N° de facturation OHIP _____	Téléphone : _____
<input type="checkbox"/> DDS/DMD	Télécopieur : _____
Adresse postale : _____	Signature : _____

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE PATIENT (tel qu'indiqué sur sa carte Santé)

Prénom : _____	Langue préférée : _____
Nom de famille : _____	Un interprète est-il nécessaire? Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/>
DDN (A/M/J) : _____ Sexe : _____	Parent(s) <input type="checkbox"/> Tuteur légal <input type="checkbox"/>
Adresse (domicile) : _____	Nom : _____
N° carte Santé : _____	Domicile : _____
Code - version (2 lettres): _____ Date d'exp. : _____	Mobile : _____
	Travail : _____

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ASSURANCE DENTAIRE

Pas d'assurance <input type="checkbox"/>	Assurance dentaire privée <input type="checkbox"/>
Beaux sourires Ontario <input type="checkbox"/> N° : _____	SSNA <input type="checkbox"/> N° : _____
Date d'expiration : _____	Statut de réfugié <input type="checkbox"/> N° : _____

RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX / RENSEIGNEMENTS RELATIFS À LA DEMANDE DE CONSULTATION

En bonne santé Soins médicaux spéciaux Besoins particuliers Évaluation dentaire du MS
Caries de la petite enfance Douleur Abscès dentaire Cellulite Trauma Évaluation/Soins réguliers

Toutes les radiographies doivent être envoyées par courriel à: dentistry@cheo.on.ca.

Types de radiographie envoyés : BW (péricoronaire) PA (périapical) Occlusal Panoramique

Dates des radiographies : _____

Détails concernant le(s) motif(s) de la demande de consultation. Expliquez les antécédents pertinents et les constatations médicales:
