



ENDODONTIE LYONNAISE
& ASSOCIÉS

ADRESSAGE SOIN ENDODONTIQUE

à remplir par le dentiste

Afin de recevoir votre patient dans les meilleures conditions et les meilleurs délais, nous avons besoin, a minima, de **ce courrier rempli** et d'une **radiographie rétro-alvéolaire**.
Vous pouvez également nous transmettre un CBCT par mail.

Docteur adressant

Date :
Nom :
Prénom :
☐ Omnipraticien Autre :

Coordonnées patient

☐ Monsieur ☐ Madame
Nom & Prénom :
Né(e) le : Tel :
Mail :

Informations cliniques

Dent(s) n° : ☐ Ouverture limitée ☐ Urgence :
☐ Lésion ☐ Réflexe nauséeux Autre :
☐ Douleurs ☐ Anxiété

Votre endodontiste

☐ Dr **OLIVA** Paul-Marie ☐ Dr **RIVORY** Baptiste ☐ Dr **VERCHERIN** Marc
☐ Dr **CUQ** Mathieu ☐ Dr **RICHARD** Etienne ☐ Indifférent

Avec votre accord, et si la situation clinique le permet, nous réaliserons d'emblée...

- ▶ Un **isomoulage** de la dent afin de vous faciliter la confection de la provisoire.
- ▶ La **dépose des anciennes restaurations** afin d'analyser les structures dentinaires restantes.
- ▶ Une **reconstruction corono-radiculaire collée** afin d'assurer l'étanchéité immédiate.

Historique, projet prothétique & demandes particulières :