

## Formulaire de référence

**Dr. Shannon Butler**  
D.D.S. M.S. MCRD(C)  
Dentiste pédiatrique

**Dr. Becky Olacke**  
D.M.D. M.S.D. MCRD(C)  
Dentiste pédiatrique

**Dr. Kristelle Bossé**  
Dentiste généraliste  
Pratique limitée à la pédiatrie

**Dr. Paul MacDonald**  
D.D.S. FRCD(C)  
Dentiste pédiatrique

Date: \_\_\_\_\_

Nom: \_\_\_\_\_ DDN: \_\_\_\_\_

Parent / Gardien(s): \_\_\_\_\_

Téléphone: (1) \_\_\_\_\_ (2) \_\_\_\_\_ (3) \_\_\_\_\_

*Veillez fournir deux numéros de téléphone*

Antécédents médicaux  En bonne santé Décrire \_\_\_\_\_

Couverture dentaires  Privée  BSO/POSPH  Aucune

Comment pouvons- nous aider  Consulter  Traitement  Tout

---



---



---



---

<b>IMPORTANT – Aidez-nous à trier votre patient</b>				
Urgence	<input type="checkbox"/> Traumatisme	<input type="checkbox"/> Enflure	<input type="checkbox"/> Douleur sévère	<input type="checkbox"/> Prescription d'antibiotique
Tentative de traitement	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Protoxyde d'azote	<input type="checkbox"/> Sédation orale
Coopération	<input type="checkbox"/> Mauvaise	<input type="checkbox"/> Équitable	<input type="checkbox"/> Bonne	
Attente parentale	<input type="checkbox"/> Protoxyde d'azote	<input type="checkbox"/> Anesthésie générale	<input type="checkbox"/> Pas discuté	
Radiographies	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Envoyé par courriel	<input type="checkbox"/> Posté
	Type: _____		Date: _____	

**Si cette référence est une urgence, veuillez contacter notre bureau par téléphone. Veuillez informer les familles que la première visite est pour une consultation seulement.**

**Dentiste référent:** \_\_\_\_\_ **Bureau:** \_\_\_\_\_