

DONNÉES RELATIVES À LA CONSULTATION PAR TÉLÉDENTISTERIE

Consultation d'urgence ou pour un problème précis :

Nom du patient : _____ Date de naissance : _____

Numéro de téléphone : _____ Adresse : _____

Confirmation de l'identité du patient au moyen de _____

Date : _____ Heures de début et de fin de la consultation par télédentisterie : _____ à _____

Confirmation que le patient se trouve dans un lieu privé Technologie utilisée : _____

1. Introduction

- Patient ayant reçu une preuve de l'identité et du statut professionnel du dentiste
- Discussion sur les risques, les avantages et les limites de la télédentisterie et obtention du consentement éclairé pour procéder à la consultation par télédentisterie
- Réponses aux questions du patient :

2. Motif de consultation :

Description du problème du patient : _____

Dent/zone de la bouche : _____

Ayant pour cause un traumatisme ou un événement? _____

Durée : _____

Niveau de douleur : _____ aggravation amélioration aucun changement

Prise de médicaments : _____ a aidé n'a pas aidé

Ce problème a-t-il déjà été traité auparavant? _____

3. Antécédents dentaires :

Date de la dernière visite dentaire : _____ Visite de traitement Visite d'hygiène

Des radiographies ont-elles été prises? _____

Toutes les observations et tous les traitements importants : _____

4. Évaluation extrabuccale :

Enflure Rougeur Asymétrie Articulation temporomandibulaire Autre _____

Détails : _____

5. Évaluation intrabuccale :

Tissus mous Bosse/enflure Pus Rougeur Saignement Récession

Détails : _____

Tissus durs :

- Carie visible : _____
- Fracture dentaire/restauration : _____
- Test à la percussion : _____
- Test au chaud ou au froid : _____
- Mobilité dentaire : _____
- Autre : _____

6. Diagnostic différentiel :

7. Discussion :

- Examen du diagnostic différentiel et des options possibles avec le patient (y compris les limites)

Options : _____

- Réponses aux questions du patient : _____
- Consentement éclairé du patient pour procéder à : _____

8. Plan d'action du dentiste :

- Recommandation ou prescription d'une pharmacothérapie _____
 - Vérification de l'identité du patient _____
 - Examen des antécédents médicaux avec le patient :
 - Problèmes de santé : _____
 - Allergies : _____
 - Médicaments : _____
 - Tout problème affectant le cœur, les poumons, le tractus gastro-intestinal, les reins, le foie, le système circulatoire ou le système nerveux : _____
 - Autres (p. ex., grossesse) : _____
 - Pharmacie _____
- Aviser le patient, en cas d'aggravation, de rappeler et de se rendre au service d'urgence de l'hôpital en cas d'enflure grave ou de difficulté à respirer, à avaler ou à voir, etc.

9. Plan d'action de l'administration :

Planifier un rendez-vous de suivi par télédentisterie

Planifier un rendez-vous en clinique :

• Type de rendez-vous _____

• Heures/unités _____

Orienter vers un :

• Chirurgien buccal Parodontiste Endodontiste Pathologiste buccal Autre

10. Autres commentaires : _____

11. Autorisation :

Nom du dentiste : _____ Signature : _____

Propriété de dentalcorp