

NUMERO D'IDENTIFICATION DE L'APPEL		
N° de département	Date en 8 chiffres	Initiales régulateur + ordre de traitement

Fiche de traçabilité d'un appel pour urgence dentaire - RÉGULATEUR

Appel pris par le Dr (Initiales) : _____ à (heure) : _____

Identification du patient

Nom : _____ Prénom : _____ Né le : _____ Sexe : M F

Code postal : _____ N° Portable : _____ Courriel : _____

A dentiste traitant ? NON OUI (Dr : _____) → A-t-il essayé de le contacter ? NON OUI

Anamnèse

Le patient présente-t-il des co-morbidités (diabète, insuffisance rénale, cardiaque ou respiratoire, HTA, asthme, terrain immuno-déprimé, traitement immunosuppresseur, âge > 70 ans, ...) ou un traitement quotidien ?

NON OUI (précisez) :

A-t-il des allergies ? NON OUI (lesquelles) :

Le patient présente-t-il des signes d'infection respiratoire NON OUI (Fièvre Toux Gêne respiratoire)

→ A-t-il une gêne importante (difficulté à parler, essoufflement important...) ? NON OUI → Redirigé vers le 15

Le patient a-t-il été dépisté COVID-19 ou est-il en contact étroit avec une personne malade ?

NON OUI

Éléments cliniques

Douleur → Intensité : 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Gonflement / Infection Traumatisme bucco-dentaire

Hémorragie Blessure appareil (ODF/prothèse amovible)

Etat physiologique particulier : femme enceinte, enfant Autre

Renseignements complémentaires :

Le patient a-t-il pris des antalgiques pour soulager sa douleur ?

NON OUI → Paracétamol AINS Autre : _____ → Quantité :

→ Soulagé ? NON OUI

Le patient est informé qu'il doit stopper la prise d'AINS (sauf si elle fait partie d'un traitement quotidien)

Le patient est informé qu'il ne doit pas dépasser 3g/24h de paracétamol (60 mg/kg/j si moins de 40 kg)

Orientation – Conseils

Motif ne justifiant pas de consultation urgente

Redirigé vers son chirurgien-dentiste traitant

Orienté vers un cabinet de garde (Initiales du praticien) :

Orienté vers un service d'urgence (lequel) :

Redirigé vers le 15

Le patient doit rappeler dans : 24h 48h 72h pour donner l'évolution

Conseil simple :

Autre :

Prescription NON OUI

Le patient a-t-il des traitements pouvant interagir avec la prescription ? NON OUI

Ordonnance envoyée Au patient A la pharmacie

Prescription : Antibiotique : _____ Antalgique : _____ Autre : _____

CONSERVER ET ARCHIVER CETTE FICHE