**-Endodontie**

**Nom du patient\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Date**

**Date de naissance\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Numéro de dossier\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Plainte principale ⬜**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Localisation et intensité** | **Douleur provoquée** | **Douleur** **spontanée** | **Durée de la douleur** | **Type de** **douleur** | **Soulagement de la douleur** |
| **Q1** | **Froid** |  | **Secondes** | **Aigüe** | **Aucun** |
| **Q2** | **Sucre** |  | **Minutes** | **Constante** | **Ibuprofène****Dose :** |
| **Q3** | **Chaud** |  | **Heures** | **Intermittente** |
| **Q4** | **Mastication** |  |  | **Sourde** | **Acétaminophène****Dose :** |
| **Dent précise** | **Position couchée**  |  | **Absente** | **Diffuse** |
|  | **La nuit/le matin** |  |  | **Irradiante** | **Glace / eau froide** |
|  **/10** | **Palpation** |  |  | **Choc électrique****/brulure** | **Massage** |
|  | **Au brossage** |  |  |  | **Antibiotiques** |
|  | **Activité physique** |  |  |  |  |

**Examen extra-oral** ⬜

**- Ganglions**

**- Enflure: oui / non localisation\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_-**

**- Fistule extra-orale**

**Examen clinique intra-oral** ⬜

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Tissus Mous** | **Dent** | **Dent ( suite)** |
| **Enflure** | **Normal** | **Attrition** |
| **Fistule** | **Carie** | **Abrasion** |
| **Récession** | **Restauration défectueuse** | **Fêlure** |
| **Inflammation/irritation** | **Restauration temporaire** | **Fracture** |
|  | **Restauration absente** | **Décoloration** |
|  | **Couronne / Céramique** | **Appui de partiel** |
|  | **Exposition pulpaire** | **Point de contact oui/non** |
|  | **Résorption/trou** |  |

**Tests endodontiques** ⬜

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Dent #** | **Dent #** | **Dent #** | **Dent#** |
| **\*\*\*Percussion a** |  |  |  |  |
| **\*\*\* Froid p** |  |  |  |  |
| **\*\*\*Sondage a** |  |  |  |  |
| **Palpation a** |  |  |  |  |
| **Chaud p** |  |  |  |  |
| **Vitalomètre p** |  |  |  |  |
| **Mastication/cisaillement p/a** |  |  |  |  |
| **Mobilité**  |  |  |  |  |
| **Transillumination o** |  |  |  |  |
| **Anesthésie sélective o** |  |  |  |  |
| **Muscles masticateurs dd** |  |  |  |  |
| **Occlusion dd** |  |  |  |  |

**a= périapical p=pulpe o=outil dd=diag diffé**

**Examen radiologique**⬜

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **OS** | **COURONNE** | **RACINE** | **PÉRI APICALE** |
| **Niveau osseux** | **Normal** | **Apex ouvert** | **Ligament parodontal****épaissi** |
| **Défaut osseux localisé** | **Carie/restauration** | **Canal calcifié** | **Lamina dura****Présente oui/non** |
|  | **Proximité pulpaire** | **Canal large** | **Zone radiolucide apciale** |
|  | **Chambre pulpaire calcifiée/atrophiée** | **Résorption** | **Ostéite condensante**  |
|  | **Résorption** | **Atteinte de furcation** |  |
|  | **Perforation** | **Bifurcation canalaire** |  |
|  | **Plancher pulpaire****mince** | **Thérapie canalaire antécédente** |  |
|  | **Dens in dente** | **Instrument brisé** |  |
|  |  | **Pivot présent** |  |
|  |  | **Perforation** |  |
|  |  | **Paroi canalaire mince** |  |
|  |  | **Fracture radiculaire** |  |
|  |  | **Zone radiolucide latérale** |  |

**Diagnostics**⬜

|  |  |
| --- | --- |
| **PULPAIRE** | **PÉRIAPICALE** |
| **Normal** | **Tissus apicaux normaux** |
| **Pulpite réversible** | **Parodontite apicale asymptomatique** |
| **Pulpite irréversible Symptomatique** **Asymptomatique** | **Parodontite apicale symptomatique** |
| **Abcès apical chronique** |
| **Nécrose pulpaire** | **Abcès apical aigu** |
| **Préalablement traitée** | **Ostéite condensante** |
| **Traitement initié** |  |

**Plan de traitement** ⬜

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Thérapie canalaire** | **Retraitement** | **Apectomie** | **Extraction** | **Restauration perforation** |
| **Ajustement de l’occlusion** | **Apexification** | **Apexogénèse** | **Revascularisation** | **Traumatisme****(voir guide)** |
| **T x douleurs****musculaires** | **Restauration** | **Couronne temporaire** | **Référer le patient** |
| **Amputation radiculaire** | **Revoir patient pour contrôle** |  |

**Pronostic** ⬜

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Pauvre** | **Modéré** | **Bon** |

**Consentement** ⬜**,**

**Le patient a eu les informations nécessaires pour comprendre sa condition. Il comprend le but du traitement proposé et les risques potentiels reliés à son traitement. Les alternatives de traitement ainsi que le pronostic du traitement ont été abordé. Il a été informé des couts du traitement. Le patient a eu la possibilité de poser des questions, il accepte le traitement proposé.**