



Conseil Régional de l'Ordre des Chirurgiens Dentistes  
d'Alsace

Garde du \_\_\_\_\_ Secteur \_\_\_\_\_

Temps de présence au cabinet \_\_\_\_\_

Tampon professionnel et signature

|                                  |                            | Patient n° | Patient n° | Patient n° | Patient n° | Patient n° | Patient n° |
|----------------------------------|----------------------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|
| Motif de l'appel                 |                            |            |            |            |            |            |            |
| Localité de résidence du patient |                            |            |            |            |            |            |            |
| Heure d'arrivée                  |                            |            |            |            |            |            |            |
| Date des derniers soins          |                            |            |            |            |            |            |            |
| Diagnostic (*)                   | Infection                  |            |            |            |            |            |            |
|                                  | Traumatisme                |            |            |            |            |            |            |
|                                  | Douleur intense            |            |            |            |            |            |            |
|                                  | Autres ( <i>précisez</i> ) |            |            |            |            |            |            |
| Prescription                     | Oui                        |            |            |            |            |            |            |
|                                  | Non                        |            |            |            |            |            |            |
| C + supplément garde             |                            |            |            |            |            |            |            |
| Actes ou Codes                   |                            |            |            |            |            |            |            |

**Rapport à retourner à votre Conseil Départemental avant le 5 du mois M+1**

✉ 10, rue de Leicester 67000 STRASBOURG | ☎ 03.88.61.24.75 | 📧 [bas-rhin@oncd.org](mailto:bas-rhin@oncd.org)

✉ 11, Avenue De Lattre de Tassigny 68000 COLMAR | ☎ 03.89.24.37.82 | 📧 [haut-rhin@oncd.org](mailto:haut-rhin@oncd.org)

*Pensez également à transmettre l'attestation de participation à la C.P.A.M. avant le 10 du mois M+1*