

**NUMERO D'IDENTIFICATION DE L'APPEL**

| N° de département | Date en 8 chiffres | Ordre d'arrivée de l'appel en 3 chiffres |
|-------------------|--------------------|--|
|                   |                    |  |

**Fiche de traçabilité d'un appel pour urgence dentaire**

**Prise en compte de l'appel**

Appel décroché par (Nom et Prénom) : ..... à (heure) : .....

**Vérification de la bonne destination de l'appel**

Il est rappelé à l'appelant que ce numéro est uniquement dédié aux urgences dentaires et qu'en cas d'urgence médicale autre il doit contacter le SAMU - Centre 15

Fait  Non Fait

**Identification du patient**

Nom : ..... Prénom : ..... Age : ..... N° de portable : .....

Ville avec code postal : ..... Secteur : ..... Profession : .....

Adressé à la régulation par :  Son dentiste traitant (Dr ..... )  Autre : .....

**Anamnèse réalisée par un chirurgien-dentiste régulateur**

Nom et prénom du chirurgien-dentiste régulateur : .....

Prise de l'appel par le chirurgien-dentiste à (heure) : .....

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

NON  OUI (lesquelles) : .....

Critères pouvant justifier une consultation d'urgence

- Douleur insomnante ne cédant pas aux antalgiques de palier 1 (paracétamol)
- Signes de cellulite maxillo-faciale (même en l'absence de douleur)
- Traumatisme dentaire urgent (expulsion, fracture coronaire avec exposition pulpaire...)
- Hémorragie
- Etat physiologique particulier : femme enceinte, enfant
- Autre : .....

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

NON  OUI (type et quantité) : .....

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

Le patient présente-t-il des signes d'infection respiratoire (Fièvre, toux, gêne respiratoire)

NON  OUI → 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

**Prise en charge – orientation**

- Patient orienté vers un cabinet de garde (lequel) : .....
- Patient orienté vers un service d'urgence ORL, stomatologie ou maxillo-faciale (lequel) : .....
- Motif ne justifiant pas de consultation urgente (précisez) : .....
- Redirigé vers le 15
- Autre : .....

**Prescription téléphonique**  NON  OUI

Le patient a-t-il des allergies médicamenteuses ?  NON  OUI (lesquelles) : .....

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

Traitement prescrit : .....

**Fin de l'appel** à ..... H .....

**CONSERVER ET ARCHIVER CETTE FICHE**