

RECUEIL D'ACTIVITE DE GARDE DU ...../...../.....

Secteur :  Nord  Sud

Recueil à retourner même en l'absence de patients

Heure de fin de l'astreinte :

| Identification du praticien <sup>(1)</sup>           |                              |                              |
|--|------------------------------|------------------------------|
| Nom, Prénom :  |                              |                              |
| Identification du remplaçant (le cas échéant)        |                              |                              |
| Nom, Prénom :  |                              |                              |
| Autres ressources humaines au cours de la garde      |                              |                              |
| Présence d'un renfort chirurgien-dentiste :          | <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON |
| Présence d'un personnel du cabinet :                 | <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON |
| Appels téléphoniques lors de l'astreinte             |                              |                              |
| Nombre total d'appels (décrochés et non décrochés) : |                              |                              |
| Nombre d'appels décrochés :                          |                              |                              |

| Heure<br>RDV | Motif de la consultation     |                          |                          |                            |  | Patient<br>orienté<br>par le SAMU<br>Centre 15 | Urgence<br>avérée        | Chirurgien-<br>dentiste<br>traitant <sup>(2)</sup> |
|--------------|------------------------------|--------------------------|--------------------------|----------------------------|--|--|--------------------------|--|
|              | 1<br>Gonflement<br>Infection | 2<br>Trauma              | 3<br>Hémorragie          | 4<br>Urgence<br>Autres cas | 5<br>Autres cas NON URGENTS<br>(renseigner le motif) |  |                          |  |
| Patient 1    | <input type="checkbox"/>     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>   |  | <input type="checkbox"/>                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>                           |
| Patient 2    | <input type="checkbox"/>     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>   |  | <input type="checkbox"/>                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>                           |
| Patient 3    | <input type="checkbox"/>     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>   |  | <input type="checkbox"/>                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>                           |
| Patient 4    | <input type="checkbox"/>     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>   |  | <input type="checkbox"/>                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>                           |
| Patient 5    | <input type="checkbox"/>     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>   |  | <input type="checkbox"/>                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>                           |
| Patient 6    | <input type="checkbox"/>     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>   |  | <input type="checkbox"/>                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>                           |
| Patient 7    | <input type="checkbox"/>     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>   |  | <input type="checkbox"/>                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>                           |
| Patient 8    | <input type="checkbox"/>     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>   |  | <input type="checkbox"/>                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>                           |
| Patient 9    | <input type="checkbox"/>     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>   |  | <input type="checkbox"/>                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>                           |
| Patient 10   | <input type="checkbox"/>     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>   |  | <input type="checkbox"/>                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>                           |
| Patient 11   | <input type="checkbox"/>     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>   |  | <input type="checkbox"/>                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>                           |
| Patient 12   | <input type="checkbox"/>     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>   |  | <input type="checkbox"/>                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>                           |
| Patient 13   | <input type="checkbox"/>     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>   |  | <input type="checkbox"/>                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>                           |
| Patient 14   | <input type="checkbox"/>     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>   |  | <input type="checkbox"/>                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>                           |
| Patient 15   | <input type="checkbox"/>     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>   |  | <input type="checkbox"/>                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>                           |
| Patient 16   | <input type="checkbox"/>     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>   |  | <input type="checkbox"/>                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>                           |
| Patient 17   | <input type="checkbox"/>     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>   |  | <input type="checkbox"/>                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>                           |
| Patient 18   | <input type="checkbox"/>     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>   |  | <input type="checkbox"/>                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>                           |
| Patient 19   | <input type="checkbox"/>     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>   |  | <input type="checkbox"/>                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>                           |
| Patient 20   | <input type="checkbox"/>     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>   |  | <input type="checkbox"/>                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>                           |

(1) Rubrique à compléter même en cas de remplacement

(2) Cocher si le patient est suivi par un chirurgien-dentiste traitant