

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

Secteur : ☐ Nord ☐ Sud

Recueil à retourner même en l'absence de patients

Identification du praticien ⁽¹⁾								
Nom, Prénom :								
Identification du remplaçant (le cas échéant)								
Nom, Prénom :								
Autres ressources humaines au cours de la garde								
Présence d'un renfort chirurgien-dentiste :							☐ OUI	☐ NON
Présence d'un personnel du cabinet :							☐ OUI	☐ NON
Appels téléphoniques lors de l'astreinte								
Nombre total d'appels (décrochés et non décrochés) :								
Nombre d'appels décrochés :								
	Heure RDV	Motif de la consultation					Patient orienté par le SAMU Centre 15	Chirurgien- dentiste traitant ⁽²⁾
		Gonflement Infection	Trauma	Pulpite	Autres cas URGENTS	Cas NON URGENTS		
Patient 1		☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Patient 2		☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Patient 3		☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Patient 4		☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Patient 5		☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Patient 6		☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Patient 7		☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Patient 8		☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Patient 9		☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Patient 10		☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Patient 11		☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Patient 12		☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Patient 13		☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Patient 14		☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Patient 15		☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Patient 16		☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Patient 17		☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Patient 18		☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Patient 19		☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Patient 20		☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

(1) Rubrique à compléter même en cas de remplacement (2) Cocher si le patient est suivi par un chirurgien-dentiste traitant

Heure de fin de l'astreinte :

Rapport de garde à retourner sans délai de préférence par mail : dordogne@oncd-24.fr