

**PERMANENCE DES SOINS DES CHIRURGIENS-DENTISTES DES HAUTES-ALPES**

**RAPPORT DE GARDE DU** …………… / …………… / …………… **Secteur :** Nord  Sud

**Nom et Prénom du praticien de garde ……………………………………………………………………… Assisté (e)** oui  non

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  | **Prise en charge de l’urgence** (cocher) | | |
|  | **Heure de l’appel** | **Motif de l’urgence** | **Conseils téléphoniques**  **Prescriptions** | **Consultation et soins**  (Préciser l’heure du RDV) | |
| Patient 1 |  |  |  |  | H |
| Patient 2 |  |  |  |  | H |
| Patient 3 |  |  |  |  | H |
| Patient 4 |  |  |  |  | H |
| Patient 5 |  |  |  |  | H |
| Patient 6 |  |  |  |  | H |
| Patient 7 |  |  |  |  | H |
| Patient 8 |  |  |  |  | H |
| Patient 9 |  |  |  |  | H |
| Patient 10 |  |  |  |  | H |
| Patient 11 |  |  |  |  | H |
| Patient 12 |  |  |  |  | H |
| Patient 13 |  |  |  |  | H |
| Patient 14 |  |  |  |  | H |
| Patient 15 |  |  |  |  | H |
| Patient 16 |  |  |  |  | H |
| Patient 17 |  |  |  |  | H |
|  |  | **TOTAL** |  |  |  |

**Signature Rapport de garde à retourner sans délai au Conseil Départemental de l’Ordre**

**DE PREFERENCE PAR MAIL : cdo05@outlook.fr**