

**Dr J.-P. Lacroix Corp. Prof. Ltée**

Parodontiste/Periodontist  
542 av. Acadie Ave Dieppe, NB E1A 1H9  
Tel: (506) 852-3007 Fax: (506) 852-3006

Dr (e): \_\_\_\_\_  
Patient (e): \_\_\_\_\_  
Tel: (w/t) \_\_\_\_\_ (res.) \_\_\_\_\_

Date: \_\_\_\_\_  
D.D.N./D.O.B. \_\_\_\_\_  
J/D M A/Y

Need for Prophylactic Antibiotics/Besoin d'antibiotique prophylactique  yes/oui  no/non

**If applicable and indicated, please send recent radiographs./Si disponible et applicable, s.v.p. inclure radiographies récentes.**

**Implant(s):**

Tooth # location (s): \_\_\_\_\_ 8 7 6 5 4 3 2 1 | 1 2 3 4 5 6 7 8  
Position(s) dentaire(s): \_\_\_\_\_ 8 7 6 5 4 3 2 1 | 1 2 3 4 5 6 7 8

Planned prosthesis: \_\_\_\_\_  
Prothèse planifiée: \_\_\_\_\_

- Removable Overdenture /Prothèse amovible
- Fixed Denture - Prothèse fixe
- Crown(s) - Couronnes(s)
- Fixed Bridge - Pont fixe
- Other: \_\_\_\_\_

Nécessité de greffe osseuse  probable  peu/not probable  
Need for osseous reconstruction

La dent à remplacer est encore présente  yes/oui  no/non  
The tooth to replace is still in place

(If possible, it is preferable not to extract the tooth before we see the patient./Si possible, il est preferable de ne pas extraire la dent avant de que le/la patient (e) soit vu(e))

Additional Information additionelle: \_\_\_\_\_

**Periodontitis/Parodontite:**

Generalized (more than two teeth): \_\_\_\_\_  Localized (1 to 2 sites only) Where? \_\_\_\_\_  
 Généralisée (plus de deux dents) \_\_\_\_\_  Localisée (1 à 2 sites seulement) Où? \_\_\_\_\_

Bone loss  0-20% (mild/legère)  20-49%(moderate/modérée)  50% + (advanced/avancée)  
Perte osseuse  0-20% (mild/legère)  20-49%(moderate/modérée)  50% + (advanced/avancée)  
Perte osseuse  20-49%(moderate/modérée)  50% + (advanced/avancée)  
Perte osseuse  50% + (advanced/avancée)  
Perte osseuse

**Patient has:**

Complete Denture  upper/haut  Partial denture  upper/haut  Occlusal problems/Problèmes occlusaux  
Dentier complet  lower/bas  Prothèse partielle  lower/bas  Mobilities/Mobilités  
 Malocclusion  
 Trauma

Additional Information additionelle: \_\_\_\_\_

**Specific Treatment/Traitement spécifique**

Mucogingival Teeth: 8 7 6 5 4 3 2 1 | 1 2 3 4 5 6 7 8  Crown Lengthening 8 7 6 5 4 3 2 1 | 1 2 3 4 5 6 7 8  
Dent(s): 8 7 6 5 4 3 2 1 | 1 2 3 4 5 6 7 8  Élongation de couronne (s): 8 7 6 5 4 3 2 1 | 1 2 3 4 5 6 7 8

Pathology Explanation: \_\_\_\_\_  
 Pathologie Explication: \_\_\_\_\_

other: \_\_\_\_\_  
 autre: \_\_\_\_\_

**Other pertinent information:** \_\_\_\_\_

**Information pertinente additionelle:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Signature: \_\_\_\_\_