



Conseil Régional de l'Ordre des Chirurgiens Dentistes
d'Alsace

Garde du _____ Secteur _____

Temps de présence au cabinet _____

Tampon professionnel et signature

	Patient n°	Patient n°	Patient n°	Patient n°	Patient n°	Patient n°
Motif de l'appel						
Localité de résidence du patient						
Heure d'arrivée						
Date des derniers soins						
Diagnostic (*)	Infection					
	Traumatisme					
	Douleur intense					
	Autres (<i>précisez</i>)					
Prescription	Oui					
	Non					
C + supplément garde						
Actes ou Codes						

Rapport à retourner à votre Conseil Départemental avant le 5 du mois M+1

✉ 10, rue de Leicester 67000 STRASBOURG | ☎ 03.88.61.24.75 | 📧 bas-rhin@oncd.org

✉ 11, Avenue De Lattre de Tassigny 68000 COLMAR | ☎ 03.89.24.37.82 | 📧 haut-rhin@oncd.org

Pensez également à transmettre l'attestation de participation à la C.P.A.M. avant le 10 du mois M+1