

Date: _____

Cher parent ou parent-gardien de _____,
(Nom de l'étudiant)

Les soins de sante bucco-dentaires
d'aujourd'hui vous ont été fournis par:



Miles of Smiles, Ltd.

Le dentiste, Dr. _____, a consulté votre enfant aujourd'hui.

Le dentiste a donné à votre enfant:

- ___ **Examen dental**
- ___ **Nettoyage dentaire**
- ___ **L'application topique de fluor**
(Il ou elle peut manger tout de suite;
Attendre le lendemain pour brosser les dents)
- ___ **Scellants dentaires**
(Liste des dents)
- _____
- _____
- _____

Un employé de MILES OF SMILES, LTD vous contactera pour un suivi. Si vous ne recevez pas un coup de telephone, veuillez nous appeler au 309-382-6406.

****Si vous consulter un dentiste régulièrement,
veuillez continuer avec lui ou elle pour vos soins bucco-
dentaires et vos radios.***

Voici ce que le dentiste a remarqué aujourd'hui : L'image ci-dessous montre ou la carie dentaire se trouve. L'autre image montre plus de détails à propos des dents et des gencives de votre enfant.

___ **1 – Aucun signe de cavités** —Consultez votre dentiste deux fois par an. Continuez de brosser et d'utiliser la soie dentaire au quotidien. Rappel: Cet examen bucco-dentaire ne remplace pas vos rendez-vous réguliers avec votre dentiste.

___ **2 – Carie(s)**—Votre enfant a besoin de suivi pour plombage et couronne dentaires. Veuillez consulter le dentiste le plus tôt possible.

___ **3 – Maladies dentaires** — Veuillez consulter le dentiste à l' instant! Votre enfant pourrait avoir mal aux dents.

Votre enfant a une ou des caries.

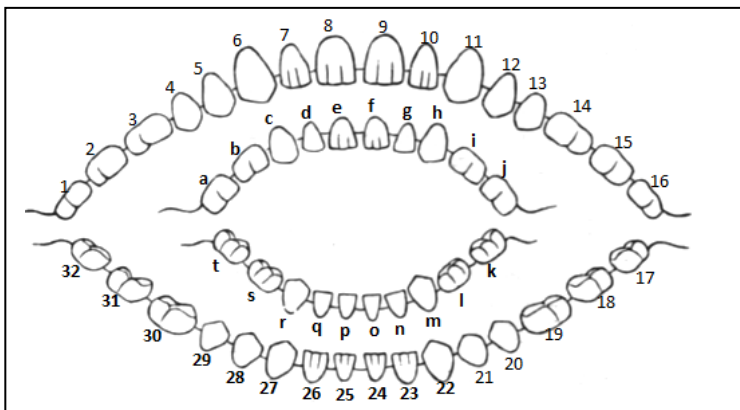
___ Non ___ Oui

Hygiène buccale (Etat de propreté des
dents):

___ Bon ___ Passable ___ Mauvais

Etat parodontal (Sante des gencives):

___ Bon ___ Passable ___ Mauvais



Merci d'aider votre enfant a avoir des dents et gencives saines! La santé bucco-dentaire est un élément important de la santé générale. Si vous avez des questions a propos de la visite d'aujourd'hui, ou pour de plus d'informations, veuillez nous contacter :

MILES OF SMILES, LTD

au (309) – 382 – 6406.

Adresse : 2424 N 8TH ST, PEKIN, IL 61554-1547

Numero de Licence: _____.

Sincèrement,

Notes:

(Signature du dentiste)