

Fiche de régulation urgence

Appel

Date :

Heure :

Praticien traitant :

Identification patient

Nom :

Prénom :

Age :

numéro de téléphone :

Douleurs

Depuis quand : _____

Localisation :

Intensité : 0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9 - 10

- provoquées : non froid chaud mastication palpation

- spontanées : non permanentes intermittentes réveillent la nuit

Antalgiques : Non Paracétamol AINS Codéine Autre : _____

Soulagent : Oui Non

Signes cliniques : Non Fièvre Fistule Œdème : localisation _____

Autre : _____

Traumatisme

Infection

Autre

