


**CONSEIL DEPARTEMENTAL DE L'ORDRE des CHIRURGIENS-DENTISTES de la DORDOGNE**

Date de la garde: ...../...../.....

 Rapport de garde du secteur :  Nord  Sud

Nom et Prénom du Praticien : .....

	Heure	Motif de la consultation ou de l'appel téléphonique	Observations
Patient 1			
Patient 2			
Patient 3			
Patient 4			
Patient 5			
Patient 6			
Patient 7			
Patient 8			
Patient 9			
Patient 10			
Patient 11			
Patient 12			
Patient 13			
Patient 14			

**Ce document complété, même en l'absence de patient examiné, doit parvenir sans délai au Conseil Départemental pour évaluation mensuelle.**