



ORTHODONTISTE

**Frédéric Lavoie**, DMD, MSc, FRCD(C)  
Orthodontie et Orthopédie Dento-Faciale

Patient(e) : \_\_\_\_\_

Référé par Dr : \_\_\_\_\_  
*Referred by Dr.*

Date : \_\_\_\_\_

Notes de consultation / *Consultation notes* :

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

Rapport écrit  
*Written report*

Rapport électronique  
*Electronic Report*

Email : \_\_\_\_\_



514-328-0202



flavoieortho@gmail.com



8000, boul. Langelier, Suite 310, Montréal (QC) H1P 3K2