

CONCEPTION GENERALE

CAHIER DES CHARGES

Pour toute demande de plan de conception générale doit être joint un relevé rigoureux du local ou un plan d'architecte (Fichier informatique DWG si possible) ainsi que le cahier des charges complété.

Remarque:

Ce document n'est pas exhaustif et des informations complémentaires sur l'organisation du cabinet peuvent être apportées.

1 - RENSEIGNEMENTS GENERAUX:

Nom(s) du (ou des) praticien(s)

Adresse

Téléphone

Mail

2 - TYPE D'AMENAGEMENT ET LOCAL:

Surface d'exploitation du local

Local permettant l'accessibilité aux personnes handicapées Oui Non

S'agit-il d'une:

Nouvelle installation Extension d'un cabinet existant Modification d'un cabinet existant

Création sur un terrain nu (Dans ce cas il sera nécessaire de nous fournir le plan à l'échelle de la parcelle concernée ainsi que le règlement d'urbanisme de la commune)

Création dans une structure collective Si oui, quel étage Si RDC présence d'un Sous-sol Oui Non

Création dans structure individuelle Si oui, présence d'un Sous-sol ou vide sanitaire Oui Non

Autres

3 - SPECIALITES DU PRATICIEN:

Omnipratique Droitier

Orthodontie Gaucher

Implantologie

Chirurgie

Prophylaxie

Autres

4 - DESCRIPTION DES BESOINS

AMENAGEMENT

Nombre de salles de soins Surface approximative souhaitée

Nombre de salles de chirurgie

Nombre de salle de consultation, motivation, plan de traitement, financement

Bureau praticien dans salles de soins Bureau praticien séparé Autres

Stérilisation Position centrale Autre

Laboratoire Avec stérilisation Autre

Local D.A.S.R.I

Salle de radiologie Panoramique Cephalostat Imagerie 3D Marque de l'équipement

Local Technique Compresseur Aspiration Autres

Réception Nombre de personnes

Attente Nombre de personnes Ouverte Fermée Coin enfants Vestiaire Ecran plasma

Toilettes Publiques Privées Douche

Salle de repos du personnel Salle de réunion Nombres de personnes

Coin Hygiène

Réserve/Stockage

Autres

DATE :

SIGNATURE :

5 - EQUIPEMENTS DENTAIRES

SALLE DE SOINS: _____

• UNIT DENTAIRE:

Arrière Transthoracique Côté Kart Bras mural Marque et Modèle de l'équipement

Crachoir

• POSITION DE L'ASPIRATION:

Sur le fauteuil

Dans le meuble Arrière Latéral

Sur kart mobile

• MOBILIER DENTAIRE:

Meuble arrière Meuble latéral Meuble d'angle Marque du mobilier

• ECLAIRAGE:

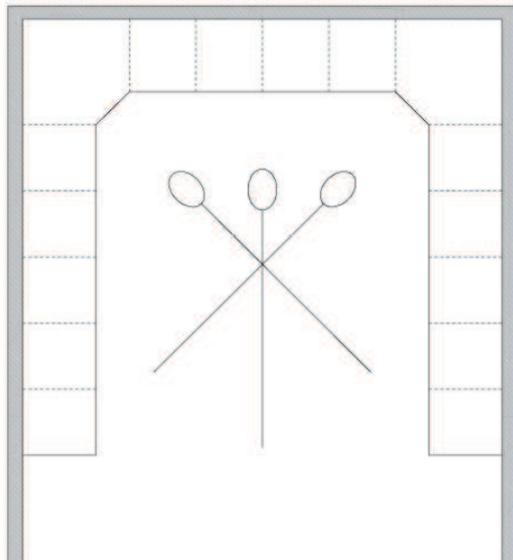
Lumière du Jour

Scialytique Plafonnier Sur Unit

• RADIOLOGIE: Position souhaitée à indiquer sur le schéma

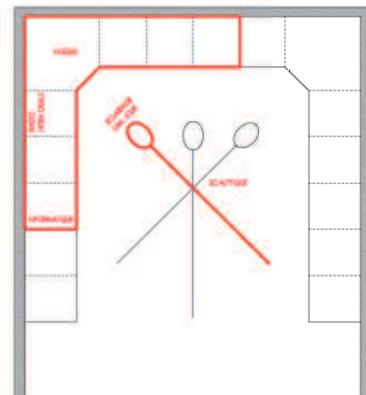
• INFORMATIQUE: Position souhaitée à indiquer sur le schéma

INFORMATIQUE VASQUE RADIO INTRA-ORALE SCIALYTIQUE ECLAIRAGE LUM. JOUR



EXEMPLE:

Surigner d'une couleur la configuration souhaitée et indiquer les positions des différents équipements



STERILISATION: _____

Déchets Ultra-sons Decontamination Thermodésinfecteur Autoclave Stockage

Autres

LOCAL TECHNIQUE: _____

Compresseur: Type: Nombre: Marque et Modèle de l'équipement:

Pompe d'aspiration: Type: Sèche Humide Nombre: Marque et Modèle de l'équipement:

Récupérateur d'amalgame: Oui Non Si Oui, Marque et Modèle de l'équipement:

Autres

DATE :

SIGNATURE :