

NOM DU PRATICIEN
Signature (obligation légale)

Nouveau travail
N° _____

INFOS PATIENT
Nom :
Prénom :
<input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> F Age :

Travail à refaire
 Suite du travail

date d'envoi
date du RDV

N° _____

CONJOINTE

INLAY CORE	<input type="checkbox"/> non céramisé	<input type="checkbox"/> céramisé	<input type="checkbox"/> clavette	<input type="checkbox"/> zircon
------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------------------	---------------------------------

INLAY-ONLAY	<input type="checkbox"/> composite	<input type="checkbox"/> métallique	<input type="checkbox"/> céramique (emax)	<input type="checkbox"/> zircon
-------------	------------------------------------	-------------------------------------	---	---------------------------------

COURONNE

CCM	ZIRCON	EMAX	METAL	PROVISOIRE
<input type="checkbox"/> Céramo-métal	<input type="checkbox"/> Full zircon	<input type="checkbox"/> Couronne	<input type="checkbox"/> Richmond	<input type="checkbox"/> Couronne
<input type="checkbox"/> Richmond	<input type="checkbox"/> Stratifié	<input type="checkbox"/> Facette	<input type="checkbox"/> Couronne coulée	<input type="checkbox"/> Wax Up
<input type="checkbox"/> CIV	<input type="checkbox"/> Facette	<input type="checkbox"/> Maryland		
<input type="checkbox"/> Maryland	<input type="checkbox"/> Maryland			

OPTIONS

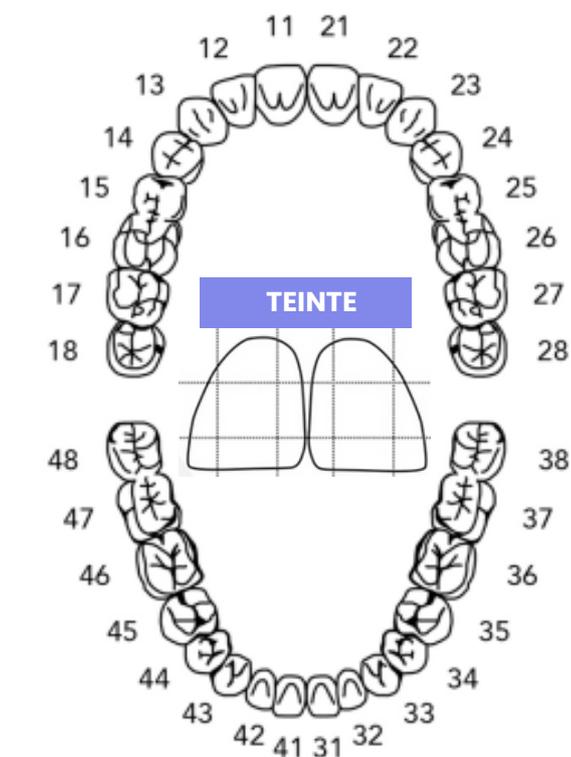
Bande métallique	<input type="checkbox"/> Avec	<input type="checkbox"/> Sans	dent n° _____
Joint céramique	<input type="checkbox"/> Avec	<input type="checkbox"/> Sans	dent n° _____
Die Spacer	<input type="checkbox"/> 1 couche	<input type="checkbox"/> 2 couches	<input type="checkbox"/> 3 couches
Occlusion	<input type="checkbox"/> Légère	<input type="checkbox"/> Sous Occlusion	<input type="checkbox"/> Normale
Point de contact	<input type="checkbox"/> Fort	<input type="checkbox"/> Léger	<input type="checkbox"/> Normal
Taquet	<input type="checkbox"/> Avec	<input type="checkbox"/> Sans	dent n° _____
Fraisage	<input type="checkbox"/> Avec	<input type="checkbox"/> Sans	dent n° _____
Ailette	<input type="checkbox"/> Avec	<input type="checkbox"/> Sans	dent n° _____
Fausse gencive	<input type="checkbox"/> Avec	<input type="checkbox"/> Sans	dent n° _____
Sillons maquillés	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	

PROTHESE IMPLANTAIRE

<input type="checkbox"/> Implant scellé	<input type="checkbox"/> Implant transvissé			
<input type="checkbox"/> CCM	<input type="checkbox"/> Zircon stratifié	<input type="checkbox"/> Full zircon	<input type="checkbox"/> EMAX	<input type="checkbox"/> Provisoire
Pilier implantaire	<input type="checkbox"/> Fourni	<input type="checkbox"/> Non fourni - Marque de l'implant _____ diamètre _____		
<input type="checkbox"/> Essayage Armature	<input type="checkbox"/> Essayage Biscuit	<input type="checkbox"/> Finition		
<input type="checkbox"/> Couronne unitaire	<input type="checkbox"/> Couronne solidarisée	<input type="checkbox"/> Bridge		
Embrasure	<input type="checkbox"/> Normale	<input type="checkbox"/> Ouverte	<input type="checkbox"/> Fermée	
	Intermédiaire de Bridge			
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ADJOINTE

CIRE D'OCCCLUSION	<input type="checkbox"/> Haut	<input type="checkbox"/> Bas	DIVERS	Adjonction	<input type="checkbox"/> Dent(s) _____	<input type="checkbox"/> Crochet(s) _____	
PEI	<input type="checkbox"/> Haut	<input type="checkbox"/> Bas		<input type="checkbox"/> Réparation	<input type="checkbox"/> Rebasage		
MODELE D'ETUDE	<input type="checkbox"/> Haut	<input type="checkbox"/> Bas	<input type="checkbox"/> Modèle U	<input type="checkbox"/> Modèle US	<input type="checkbox"/> Standard		
GOUTTIERE BLANCHIMENT	<input type="checkbox"/> Haut	<input type="checkbox"/> Bas	<input type="checkbox"/> Avec réservoir	<input type="checkbox"/> Sans réservoir	<input type="checkbox"/> Avec réservoir	<input type="checkbox"/> Sans réservoir	
GOUTTIERE BRUXISME	<input type="checkbox"/> Haut	<input type="checkbox"/> Bas	<input type="checkbox"/> Résine dure	<input type="checkbox"/> Souple	<input type="checkbox"/> Souple + Rigide		
ACKERS UNILATERAL	<input type="checkbox"/> Haut	<input type="checkbox"/> Bas	<input type="checkbox"/> Essai montage	<input type="checkbox"/> Finition	<input type="checkbox"/> Métal	<input type="checkbox"/> Valplast	
COMPLET	<input type="checkbox"/> Haut	<input type="checkbox"/> Bas	<input type="checkbox"/> Essai montage	<input type="checkbox"/> Finition résine	<input type="checkbox"/> Finition Valplast	<input type="checkbox"/> Grille de renfort	<input type="checkbox"/> Plaque base métallique
STELLITE	<input type="checkbox"/> Haut	<input type="checkbox"/> Bas	<input type="checkbox"/> Plaque nue	<input type="checkbox"/> Essai montage	<input type="checkbox"/> Finition résine	<input type="checkbox"/> Crochet Valplast	<input type="checkbox"/> Contre plaque _____
PAP RESINE	<input type="checkbox"/> Haut	<input type="checkbox"/> Bas	<input type="checkbox"/> Essai montage	<input type="checkbox"/> Finition	<input type="checkbox"/> Renfort métallique		
VALPLAST	<input type="checkbox"/> Haut	<input type="checkbox"/> Bas	<input type="checkbox"/> Essai montage	<input type="checkbox"/> Finition	<input type="checkbox"/> Renfort métallique		



Extraction _____

COMMENTAIRES DU CABINET
