

Homme Femme Patient

N° dossier _____

Professionnel _____

N° de centre _____

Plan de traitement _____

IMPORTANT :

Appeler _____

Voir _____

Voir verso

Photos

Nouveau

Retouche

DATE REQUIS

j | j | m | m | a | a

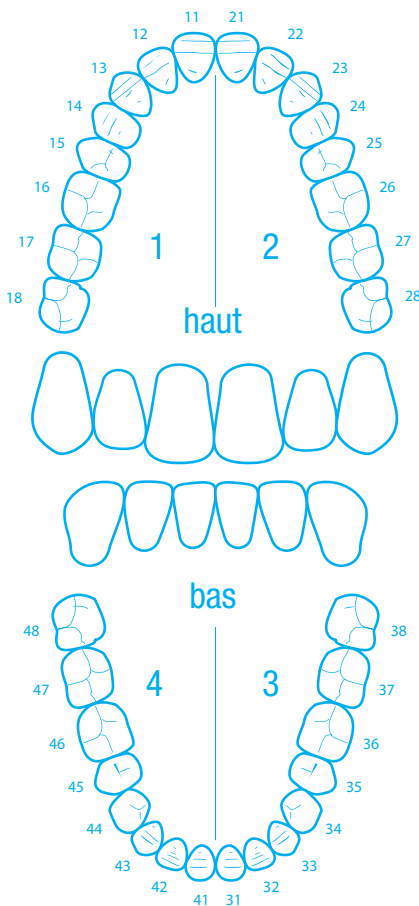
D L M M J V S

ÉTAPES

<input type="checkbox"/> Articulé	<input type="checkbox"/> Mise en bouche	<input type="checkbox"/> Temporaire												
<input type="checkbox"/> Arc facial Panadent	<input type="checkbox"/> Soudure	<input type="checkbox"/> Cirage diagnostique												
<input type="checkbox"/> Ré-articulé	<input type="checkbox"/> Essai barre de passivité	<table border="0"> <tr> <td></td> <td>Duplicata</td> <td>Siltek ou putty</td> <td>Guide de coupe</td> </tr> <tr> <td>HAUT</td> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> </tr> <tr> <td>BAS</td> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> </tr> </table>		Duplicata	Siltek ou putty	Guide de coupe	HAUT	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	BAS	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	Duplicata	Siltek ou putty	Guide de coupe											
HAUT	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>											
BAS	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>											

Notes _____

DOSSIER ESTHÉTIQUE

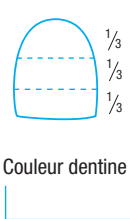


F = Facette
C = Couronne
P = Pont

Matériaux désirés

- ZM Zirconium monolithique
- ZR Zirconium
- Ex e.max
- EM Empress
- PS Pillier Summum (zirconium)
- CM Céramo-métal
- TU Temporaire usiné

Couleur



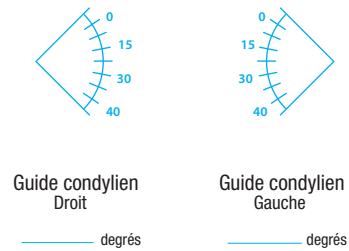
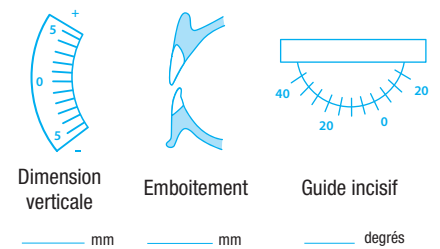
Translucidité



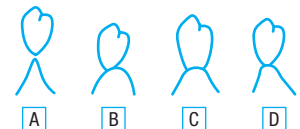
Implant

- Vissé
- Cimenté
- Fabricant : _____
- Diamètre plateforme : _____ mm

Mesures



Dessin du pontique



SIMPLE RAPPEL

- Empreinte
- Bite
- Antagoniste
- Cirages diagnostiques au temporaire
- Photos (info@labsummum.com)
- Vis implant, nb _____

Marge buccale

- E _____ mm
- F Porcelaine/métal
- G Épaulement porcelaine
- H Épaulement zirconium

Métal au lingual

- I Porcelaine
- L Porcelaine
- O Or Couleur
- J Porcelaine
- K Porcelaine
- M Porcelaine
- N Porcelaine

Porte-empreintes individuel (PEI)

H	B	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	PEI alginate
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	PEI implant transconique
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	PEI implant transconique carré
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	PEI medium light (caout)

Trous :

pas	peu	beaucoup
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Notes

Accessoires

H	B	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Protecteur buccal
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Plaque occlusale Dual Flex
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Plaque occlusale autre : _____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Matrice de blanchiment
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Plaque thermoplastique
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Plaque régulière

Guide chirurgical

- CAD/CAM
- Régulier

Notes
