



Laboratoire Dentaire

405, Samuel de Champlain, Boucherville (Québec) J4B 1P7
Tél. : 450 449-3948 • 1 800 859-6580 • Téléc. : 450 449-6580

COURONNES/IMPLANTS Essai _____ Finir _____

Date _____ Date et hr R-V _____
Dr _____ N° de permis _____
Patient _____ Couleur _____

PIÈCES FOURNIES

- | | | |
|--------------------------------------|---------------------------------|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Haut | <input type="checkbox"/> Bas | <input type="checkbox"/> Articulateur |
| <input type="checkbox"/> Antagoniste | <input type="checkbox"/> Pré-op | <input type="checkbox"/> Diagnostique |
| <input type="checkbox"/> Articulé OC | | |

PIÈCES IMPLANTS FOURNIES Système _____ Diamètre _____

- | | |
|---------------------------------|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Pilier | <input type="checkbox"/> Transfert |
| <input type="checkbox"/> Vis | Autres _____ |

TRAVAIL DEMANDÉ

- | | | |
|--|---|--|
| # Dents _____ | <input type="checkbox"/> Vissée | <input type="checkbox"/> Cimentée |
| <input type="checkbox"/> Céramo-Métal | <input type="checkbox"/> Couronne or | <input type="checkbox"/> Couronne Zircon |
| <input type="checkbox"/> Pilier titane | <input type="checkbox"/> Pilier Zircon | <input type="checkbox"/> Sillon anti-rotation sur pilier |
| <input type="checkbox"/> Duplicata | <input type="checkbox"/> Die unitaire | <input type="checkbox"/> Modèle fixe |
| Bandeau _____ mm | <input type="checkbox"/> Swedge lingual | <input type="checkbox"/> Fini à rien |

ALLIAGE

- | | | |
|--------------------------------|--------------------------------|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Blanc | <input type="checkbox"/> Jaune | <input type="checkbox"/> Non précieux |
|--------------------------------|--------------------------------|---------------------------------------|

SI RÉDUCTION INSUFFISANTE

- | | | |
|--|-------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Occlusion métal | <input type="checkbox"/> Ilôt | <input type="checkbox"/> Meuler antago |
| <input type="checkbox"/> Meuler pilier | <input type="checkbox"/> Appeler Dr | |

SITE PONTIQUE Nombre _____

- | | |
|--------------------------------|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Meulé | <input type="checkbox"/> Non meulé |
|--------------------------------|------------------------------------|



TEXTURE

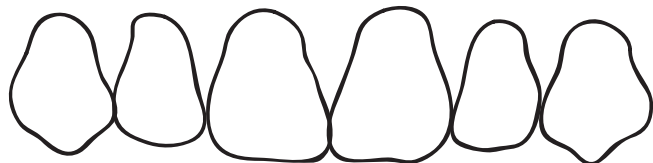
- Lisse
- Médium
- Rugueuse

SURFACE

- Matte
- Satinée
- Glacée

CONTACTS INTER-PROX.

- | | |
|----------------------------------|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Faibles | <input type="checkbox"/> Points |
| <input type="checkbox"/> Moyens | <input type="checkbox"/> Zone |
| <input type="checkbox"/> Forts | |



PROTHÈSE/IMPLANT

SYSTÈME

- | | | |
|--|--|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Biohorizon | <input type="checkbox"/> Prodigy | <input type="checkbox"/> Maestro |
| <input type="checkbox"/> Nobel | <input type="checkbox"/> Branemark | <input type="checkbox"/> Replace |
| <input type="checkbox"/> Zimmer | <input type="checkbox"/> Strauman | |
| <input type="checkbox"/> Sterioss | | |
| <input type="checkbox"/> 3I | <input type="checkbox"/> Innova (Sybron) | |
| <input type="checkbox"/> Astra tech | <input type="checkbox"/> MIS | |
| Autres _____ | | |
| <input type="checkbox"/> SUR PILIER <input type="checkbox"/> SUR IMPLANT | | |

TYPES DE BARRE

- | | | |
|--|--|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> RP4 | <input type="checkbox"/> RP5 | <input type="checkbox"/> FP3 |
| <input type="checkbox"/> Barre fraisée | | |
| Dolder résilante : | <input type="checkbox"/> macro | <input type="checkbox"/> micro |
| Dolder rigide : | <input type="checkbox"/> macro | <input type="checkbox"/> micro |
| <input type="checkbox"/> Ronde | | |
| <input type="checkbox"/> Hader | | |
| Hybride | <input type="checkbox"/> sans métal apparent | |
| | <input type="checkbox"/> wrap around | |
| | <input type="checkbox"/> lingual métal (Mtl) | |
| | <input type="checkbox"/> Paris | |
| Distance aux tissus _____ mm | | |

TRAVAIL DEMANDÉ

- Guide chirurgical
- Porte-empainte individuel modifié
- Gigue de vérification
- Plaque base boudin cire
- Montage à l'essai
- Moule _____ Couleur _____
- Remontage
- Fabrication de la barre

ATTACHEMENTS

- TSB (boule 2.5) Nb. _____
- Locator Nb. _____
- Autres _____
- Cuisson Traditionnelle Ivocap

NOTES

SIGNATURE _____

Vous avez des photos numériques à nous faire parvenir ?
Envoyez-les à : info@labexacto.ca