



COURONNES

DATE : _____
DR. : _____

ESSAI _____ FINIR _____

DATE R-V.: _____ HR : _____
PATIENT (E): _____
COULEUR : _____

PIÈCES FOURNIES

EMPREINTE: _____ HAUT: _____ BAS: _____ ARTICULATEUR _____
ANTAGONISTE: _____ PRÉ-OP: _____ DIAGNO: _____
ARTICULÉ OC: _____ PROPULS: _____ LAT. DROITE: _____ LAT. GAUCHE _____
AUTRES PIÈCES : _____

TYPE DE CAS

BESOIN FONCT. _____ BESOIN ESTH. _____ # DENTS # : _____

CERAMO-METAL _____ COURONNE OR _____ EMAX _____
ZIRCON : CÉRAMIQUE _____ STRAT.BUCCAL _____ PLEINE _____
AUTRES : _____

DUPLICATA _____ DIE UNITAIRE _____ MODÈLE FIXE _____

STRUCTURE EXISTANTE

PIVOT _____ DENT NATURELLE _____ TETRACYCLINE _____
PARTIEL EXISTANT _____ PARTIEL PRÉVU _____

FINITION buccale

BANDEAU mm _____
BUTT JOINT _____
FINI À RIEN _____

Linguale

BANDEAU mm _____
BUTT JOINT _____
FINI À RIEN _____

ALLIAGE

BLANC _____
JAUNE _____
NON PRÉCIEUX _____

OCCCLUSION

METAL _____ ILÔTS _____ SOUS OCCL _____
PORCELAINE _____ OCCL. FAIBLE _____

PONTIQUE

NOMBRE UNITÉS _____ OVOÏDE, OGIVAL _____ RIDGE LAP MODIF _____

TEXTURE

LISSE _____
MEDIUM _____
RUGUEUSE _____

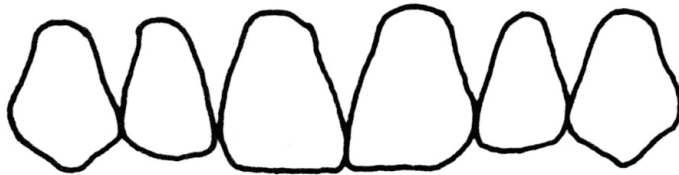
SURFACE

MATTE _____
SATINÉE _____
GLACÉE _____

CONTACTS INTER-PROX.

FAIBLES _____
MOYENS _____
FORTS _____

POINTS _____
ZONE _____



PROTHÈSES

ESSAI _____ FINIR _____

DATE : _____
DR. : _____

DATE R-V.: _____ HR: _____
PATIENT (E): _____

DENTS

FORME / MOULE: _____ COULEUR: _____

PIÈCE COULÉE

CHROME COBALT _____
TITANE _____

MONTAGE

RÉGULIER _____
LINGUALISÉ _____

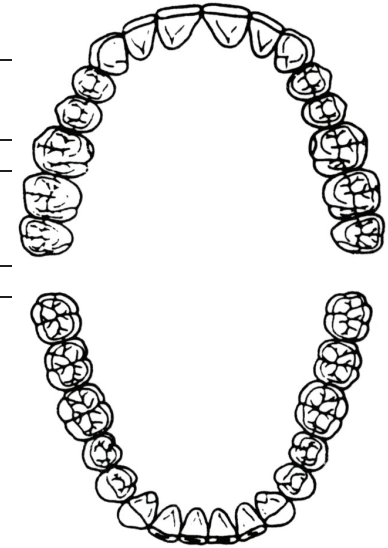
CUISSON

IVOCAP _____
TRADITIONNELLE _____

ARTICULATEUR

HANAU _____ STRATOS _____ DENAR _____
AUTRES (SPÉCIFIEZ): _____

NOTES :



SIGNATURE : _____ N° de permis : _____