

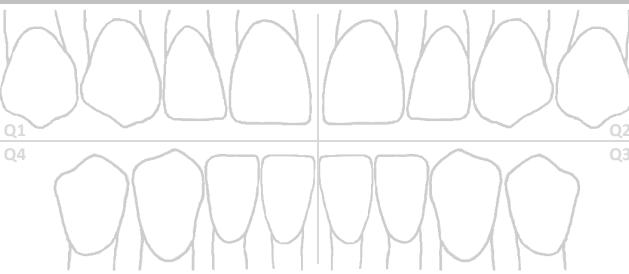


## Fixe

Date : \_\_\_\_\_

<b>DENTISTE</b>  Nom : _____  Clinique : _____  Téléphone : _____	<b>PATIENT</b>  Nom : _____  Âge : _____ Sexe : F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>  Téléphone : _____	<b>DATE REQUISE :</b>  JJ / MM / AAAA  <b>MISE EN BOUCHE :</b>  JJ / MM / AAAA HH : MM
---	--	--

TEINTE		
Teinte : 	Pile : 	
<input type="checkbox"/> Photos par courriel <input type="checkbox"/> Rendez-vous au labo		

**R<sub>x</sub>**

MATÉRIAU
<b>E.max®</b> <input type="checkbox"/> Maquillé <input type="checkbox"/> Esthétique <b>Zircone</b> <input type="checkbox"/> Monolithique <input type="checkbox"/> Esthétique <b>Alliage</b> <input type="checkbox"/> Très noble <input type="checkbox"/> Noble <input type="checkbox"/> Non-précieux <input type="checkbox"/> Blanc <input type="checkbox"/> Jaune
IMPLANT
Manufacturier : _____  Type d'implant : _____
PONTIQUE
<input type="checkbox"/> Ogival <input type="checkbox"/> Ridgelap modifié <input type="checkbox"/> Réduire tissus mous de _____ mm
OCCLUSION
<input type="checkbox"/> Porcelaine <input type="checkbox"/> Métal <input type="checkbox"/> îlot
ÉPAULEMENT
<input type="checkbox"/> Porcelaine <input type="checkbox"/> Porcelaine/Métal <input type="checkbox"/> Colet de métal _____ mm
CONTACTS
<b>Proximaux</b> <input type="checkbox"/> Point <input type="checkbox"/> Surface de _____ mmm <b>Dynamique</b> <input type="checkbox"/> Guidé par les canines <input type="checkbox"/> Fonction de groupe <input type="checkbox"/> Selon la table incisive <input type="checkbox"/> Selon les dents naturelles <input type="checkbox"/> Pas de contact
SI TAILLE INSUFFISANTE
<input type="checkbox"/> Meuler antagoniste <input type="checkbox"/> Chape de réduction <input type="checkbox"/> Appelez-moi SVP

Signature : \_\_\_\_\_

# de permis \_\_\_\_\_