

Évaluation du sourire pour reconstruction antérieure

Date _____

Dentiste _____ Patient _____ Âge _____

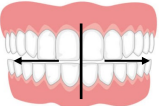
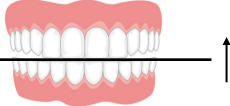
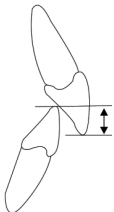



Attentes du patient

Teinte Teinte piles

Pivots sur dents # _____

Modèles d'étude Haut Bas

Photos envoyées à photo@esthetik-art.ca

Classe <input type="checkbox"/> 1 - Normal <input type="checkbox"/> 2 - Rétrognathe <input type="checkbox"/> 3 - Prognathe	Augmentation de la DVO <input type="checkbox"/> Oui _____ mm <input type="checkbox"/> Non	Forme des dents <input type="checkbox"/> Carré <input type="checkbox"/> Triangulaire <input type="checkbox"/> Ovoïde	État de surface des dents <input type="checkbox"/> Douce <input type="checkbox"/> Texturé <input type="checkbox"/> Même que les dents adjacentes
Ligne médiane <input type="checkbox"/> OK <input type="checkbox"/> Modifiée <div style="text-align: center; margin-top: 10px;">  <p>G _____ mm _____ mm D</p> </div>	Inclinaison horizontale (Canting) <input type="checkbox"/> OK <input type="checkbox"/> Modifié <div style="text-align: center; margin-top: 10px;">  </div>		
Surplomb horizontal <input type="checkbox"/> OK <input type="checkbox"/> Augmenté _____ mm <input type="checkbox"/> Diminué _____ mm <div style="text-align: center; margin-top: 10px;">  </div>	Surplomb vertical <input type="checkbox"/> OK <input type="checkbox"/> Augmenté _____ mm <input type="checkbox"/> Diminué _____ mm <div style="text-align: center; margin-top: 10px;">  </div>		
Ligne de la lèvre inférieure VS incisive des dents (à dessiner) <div style="text-align: center; margin-top: 20px;">  </div>	Remodelage de la gencive (à dessiner) <input type="checkbox"/> Gummy smile <p>Dents # _____</p> <p>_____</p> <div style="text-align: center; margin-top: 20px;">  </div>		

Observation du technicien