

B O N D E C O M M A N D E

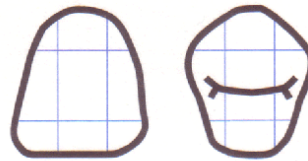
Dispositif Médical sur mesure invasif (D.M.S.M.) - Prothèse dentaire

Patient : Sexe : H F Age :

Métal :
Ni/Cr
Cr/Co
Or jaune
Paladium
1/2 précieux

Etat de surface :
Saturation - +
Luminosité - +
Lisse Mat
Rugueux Fêlure
Brillant Tâche

Teinte/Forme



Dents concernées 8-7-6-5-4-3-2-1 1-2-3-4-5-6-7-8 Haut Bas

B O N D E C O M M A N D E

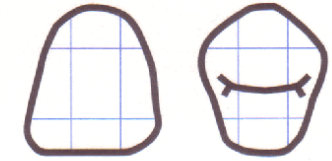
Dispositif Médical sur mesure invasif (D.M.S.M.) - Prothèse dentaire

Patient : Sexe : H F Age :

Métal :
Ni/Cr
Cr/Co
Or jaune
Paladium
1/2 précieux

Etat de surface :
Saturation - +
Luminosité - +
Lisse Mat
Rugueux Fêlure
Brillant Tâche

Teinte/Forme



Dents concernées 8-7-6-5-4-3-2-1 1-2-3-4-5-6-7-8 Haut Bas

Travail à effectuer	Observations	Date	Heure
Céramo-métallique	<input type="checkbox"/>		
Ess. armature	<input type="checkbox"/>		
Ess. biscuit céram	<input type="checkbox"/>		
Couronne coulée	<input type="checkbox"/>		
Inlay core	<input type="checkbox"/>		
Inlay/Onlay MOD	<input type="checkbox"/>		
C.I.V.	<input type="checkbox"/>		
Fraisages	<input type="checkbox"/>		
Attachements	<input type="checkbox"/>		
Modèles d'étude	<input type="checkbox"/>		
Devis ou Wax-up	<input type="checkbox"/>		
PEI ou provisoire	<input type="checkbox"/>		
Cires d'occlusion	<input type="checkbox"/>		
Montage dents	<input type="checkbox"/>		
Ess. squellété	<input type="checkbox"/>		
Soudure	<input type="checkbox"/>		
.....	<input type="checkbox"/>		
Finition	<input type="checkbox"/>		

Totale **Empreintes**
Partielle Mordu d'occlusion Désinfectée oui non

Travail à effectuer	Observations	Date	Heure
Céramo-métallique	<input type="checkbox"/>		
Ess. armature	<input type="checkbox"/>		
Ess. biscuit céram	<input type="checkbox"/>		
Couronne coulée	<input type="checkbox"/>		
Inlay core	<input type="checkbox"/>		
Inlay/Onlay MOD	<input type="checkbox"/>		
C.I.V.	<input type="checkbox"/>		
Fraisages	<input type="checkbox"/>		
Attachements	<input type="checkbox"/>		
Modèles d'étude	<input type="checkbox"/>		
Devis ou Wax-up	<input type="checkbox"/>		
PEI ou provisoire	<input type="checkbox"/>		
Cires d'occlusion	<input type="checkbox"/>		
Montage dents	<input type="checkbox"/>		
Ess. squellété	<input type="checkbox"/>		
Soudure	<input type="checkbox"/>		
.....	<input type="checkbox"/>		
Finition	<input type="checkbox"/>		

Totale **Empreintes**
Partielle Mordu d'occlusion Désinfectée oui non