

Fiche de Prescription

Merci de remplir cette fiche avec soin afin de pouvoir respecter votre plan de traitement.

IDENTIFICATION PRATICIEN

PRESCRIPTEUR

Nom

Prénom

Adresse Cabinet

Adresse de la rue

2ème ligne

Ville

Code Postal

Numéro de téléphone

Code postal

Numéro de téléphone

E-MAIL

IDENTIFICATION PATIENT - DATE DE LIVRAISON

Nom Patient

Nom de famille

Prénom

N° de dossier

Date de livraison des gouttières

Jour

Mois

Année

TYPE DE TRAITEMENT SOUHAITE

- Maxillaire
- Mandibulaire
- Les deux

Traitement souhaité

- 1 à 9 gouttieres
- 1 à 18 gouttieres
- 1 à 26 gouttieres

DEPLACEMENTS DENTAIRES

Choisissez les déplacements désirés

- Déplacements de canine à canine seulement MAXILLAIRE
- Déplacements de canine à canine seulement MANDIBULAIRE
- Déplacements de canine à canine seulement MAXILLAIRE ET MANDIBULAIRE
- Déplacement de toute l'arcade si nécessaire MAXILLAIRE ET MANDIBULAIRE
- Déplacement de toute l'arcade si nécessaire MAXILLAIRE
- Déplacement de toute l'arcade si nécessaire MANDIBULAIRE
- Autre choix

Déplacer impérativement les dents suivantes

MAXILLAIRE 16 15 14 13 12 11 21 22 23 24 25 26 MANDIBULE 46 45 44 43 42 41 31 32 33 34 35 36
CHOIX _____

Ne pas déplacer les dents suivantes

MAXILLAIRE 16 15 14 13 12 11 21 22 23 24 25 26 MANDIBULE 46 45 44 43 42 41 31 32 33 34 35 36
CHOIX _____

ENCOMBREMENT DENTAIRE - DIASTEMES

INDIQUER LES MOYENS DESIRES POUR CORRIGER L'ENCOMBREMENT MAXILLAIRE & MANDIBULAIRE

MAXILLAIRE Oui Seulement si besoin MANDIBULAIRE Oui Seulement si besoin

-
- Vestibuloversion incisive
 - Stripping
 - Expansion transversale
 - Zones molaires seulement
 - Zones molaires et prémolaires
 - Extraction

EXTRACTION MAXILLAIRE & MANDIBULAIRE

MAXILLAIRE 15 14 13 12 11 21 22 23 24 25 MANDIBULE 45 44 43 42 41 31 32 33 34 35

CHOIX

Fermer espaces

Oui

Non

CLIQUETS

Ne pas placer de cliquets sur les dents suivantes

MAXILLAIRE 16 15 14 13 12 11 21 22 23 24 25 26 MANDIBULE 46 45 44 43 42 41 31 32 33 34 35 36

CHOIX
