



116 boul. Sir-Wilfrid-Laurier. #202
 Beloeil (Québec) J3G 4G5
 1.866.446.1331
 450.446.1331
 info@laboratoiredentairebr.com

PROTHÈSE AMOVIBLE ET ALL-ON-4

(ZIRCON OU ACRYLIQUE)



OTPADQ
 Ordre des technologues
 en prothèses et appareils
 dentaires du Québec

Professionnel: _____

Adresse: _____

Date : _____

N° dents : _____

Patient: _____ H F

Date de rdv: _____ Date requise: _____

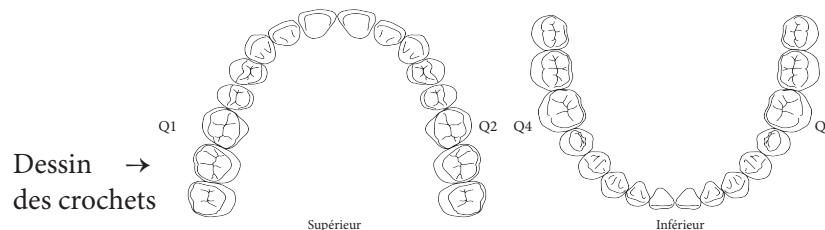
Mode de communication: Téléphone Texte Courriel

Courriel ou # de téléphone: _____

Produit

- | | | | |
|--|----------------------------|----------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> P.E.I. | <input type="checkbox"/> H | <input type="checkbox"/> B | |
| <input type="checkbox"/> Plaque base et boudin | <input type="checkbox"/> H | <input type="checkbox"/> B | |
| <input type="checkbox"/> Montage complet | <input type="checkbox"/> H | <input type="checkbox"/> B | Couleur: _____ |
| <input type="checkbox"/> Partiel | <input type="checkbox"/> H | <input type="checkbox"/> B | Moule: _____ |
| <input type="checkbox"/> Réparation | <input type="checkbox"/> H | <input type="checkbox"/> B | Caractérisation: |
| <input type="checkbox"/> Pièce coulée | <input type="checkbox"/> H | <input type="checkbox"/> B | <input type="checkbox"/> Faible |
| <input type="checkbox"/> Cuisson | <input type="checkbox"/> H | <input type="checkbox"/> B | <input type="checkbox"/> Normal |
| <input type="checkbox"/> Regarnissage | <input type="checkbox"/> H | <input type="checkbox"/> B | <input type="checkbox"/> Prononcée |
| <input type="checkbox"/> Protecteur buccal | <input type="checkbox"/> H | <input type="checkbox"/> B | |
| <input type="checkbox"/> Coquille Essix | <input type="checkbox"/> H | <input type="checkbox"/> B | Essai: oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Coquille de blanchiment | <input type="checkbox"/> H | <input type="checkbox"/> B | |

Informations supplémentaires :



Type de barre

- Dolder (amovible)
- Wrap Around (fixe)
- Montréal (fixe)
- Autres: _____

Implant

Cie d'implant et connexion :

Nombres d'implants: _____

Prothèse implanto-porté (All-on-4)

- Zircon/porcelaine H B Couleur : _____
- Titane/Acrylique H B _____
- Kit de départ

Section réservé au laboratoire

Signature: _____ No. Permis _____