

Passeport Chirurgie implantaire

Chirurgien-dentiste

Nom
Prénom
Adresse

Téléphone
Mail

Patient

Nom
Prénom

Observations

Etiquettes [à coller]

Préparation du site implantaire

Greffe(s) osseuse(s)

Position

Autogène(s)

Date

Allogreffe(s)

Xéno greffe(s)

Date

Fabricant / Mandataire

N° de lot

Hétéro greffe(s)

Date

Type matériau / origine

avec membrane

sans membrane

PRF

résorbable

non résorbable

Pose chirurgicale

Implant(s) dentaire(s)

Pose immédiate (après extraction)

oui

non

Date

Dénomination

Endo-osseux

Cylindrique

Cylindro-conique

Autre (préciser)

Marque

Fabricant / Mandataire

Téléphone

N° de lot

Position

Longueur

Diamètre

Composition

Titane

Autre (préciser)

Suivi médical (Fréquence à préciser)

Greffe(s) osseuse(s)

Position

Autogène(s)

Date

Allogreffe(s)

Xéno greffe(s)

Hétéro greffe(s)

Date

Fabricant / Mandataire

N° de lot

avec membrane

sans membrane

PRF

résorbable

non résorbable

Mise en charge

immédiate

différée

Durée mise en nourrice /ostéo-intégration

Date

Pilier(s) transgingival(aux)

Dénomination

Marque

Fabricant / Mandataire

Téléphone

N° de lot

Composition

Titane

Autre (préciser)

Date