



Ordre National
des Chirurgiens-Dentistes

Passeport

Prothèse supra implantaire

Chirurgien-dentiste

Nom
Prénom
Adresse

Téléphone
Mail

Patient

Nom
Prénom

Observations

Etiquettes [à coller]

Pilier(s) prothétique(s)

Mise en charge

immédiate

différée

Durée mise en nourrice
/ostéo-intégration

Date

Pilier(s) prothétique(s) [moyen(s) de liaison prothétique]

Position implant(s)

Dénomination

scellé

Trans-vissé

Monobloc

Sur mesure (préciser)

Marque

Fabricant / Mandataire

Téléphone

N° de lot

Composition

Titane

Autre (préciser)

Date

Couple(s) de serrage

Date

Prothèse(s) supra-implantaire(s)

Prothèse(s) fixée(s)

Position implant(s)

Date

Scellée(s) ou collée(s)

Ciment

provisoire

permanent

Dénomination

Couronne

Bridge (préciser l'étendue)

Fabricant / Mandataire

Téléphone

Trans-vissée(s)

Laboratoire

monobloc

usinée

Assistée par ordinateur
(Type fournisseur)

Couple(s) serrage

Matériaux

métal

alliage (type)

zircone

Fabricant / Mandataire

Téléphone

N° de lot

Date

Connexion(s)

Dent(s) naturelle(s)

Date

Prothèse(s) adjointe(s) [moyen(s) de conjonction]

Barre de conjonction

Attachement(s)

Fraisage sur pilier(s)
prothétique(s)

Fabricant / Mandataire

Dénomination

Date