

Information patient

Nom du patient :

Date de la chirurgie :

Date prévue de la pose de la prothèse :








Information chirurgie

Nom du praticien :

Site							
Implant							
Vis de cicatrisation							
Pilier provisoire							

Information laboratoire

Type de pilier

-  **Pilier personnalisé TitaniumBase**
 Dents n° :
-  **Pilier titane**
 Dents n° :
-  **Pilier Zircono Cercon**
 Dents n° :
-  **Pilier pour suprastructures transvissées**
 Dents n° :
-  **Pilier boule**
 Dents n° :
-  **Pilier Locator**
 Dents n° :
-  **Pilier personnalisé**
 Dents n° :

Informations complémentaires

Hauteur de la limite

Dent n°	Supra gingival 0,5-1mm au dessus de la gencive	Juxtagingival +/- 0,5mm de la gencive	Intrasulculaire 0,5-1mm sous la gencive
.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Options de largeur de l'émergence

Dimensions anatomiques pleines	Contour gingival	Support gingival	Pas de déplacement gingival
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

For better dentistry*

DENTSPLY

* Pour une meilleure médecine bucco-dentaire