

## DMSM - BON DE COMMANDE

Date

Prescription N°

Praticien

Patient / N°

Homme

Femme

Enfant

Age : \_\_\_\_\_




Visage





### PROTHESE ADJOINTE

Appareil Résine

- Haut Nombre de dents : .....
- Bas Nombre de dents : .....

Chassis Métallique

- Haut Nombre de dents : .....
- Bas Nombre de dents : .....

Réparation

- Chassis métal  Haut  Bas Précisez : .....
- App. Résine  Haut  Bas Précisez : .....

Gouttière  Souple \*  Semi - Rigide  Résine

- Haut Type : .....
- Bas Type : .....

Appareil Transitoire

- Haut Nombre de dents : .....
- Bas Nombre de dents : .....

**Type de Dents**

**Alliage**

Résine\* Composite Céramique CoCr\* Titane






### PROTHESE CONJOINTE

Inlay core métal  Claveté  Céramisé

Couronne métal  Unitaire  Bridge

Couronne CCM  Unitaire  Bridge

Couronne **e.max®**  Unitaire  Bridge

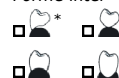
Maquillée\*  Stratifiée

Couronne **Zircone**  Unitaire  Bridge

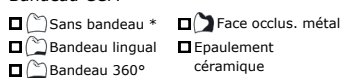
Monochrome  Maquillée\*  Stratifiée

Couronne Provisoire  Unitaire  Bridge

*Forme inter*



*Bandeau CCM*



### IMPLANTOLOGIE

Pilier personnalisé  CrCo coulé  Ti usiné

e.max® / Zr sur Base Ti  Zr usinée

Couronne  Scellée  Transvissée

Métal  Zircone maquillée  Zircone stratifiée

CCM  e.max® maquillée  e.max® stratifiée

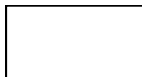
Barre transvissée

Nb implants : ..... Type : .....

18 17 16 15 14 13 12 11 | 21 22 23 24 25 26 27 28

48 47 46 45 44 43 42 41 | 31 32 33 34 35 36 37 38

**Teinte**



Dates RDV cabinet : \_\_\_\_\_

PEI  HAUT  BAS .....

OCCLUSION  HAUT  BAS .....

1<sup>e</sup> ESS .....

2<sup>e</sup> ESS .....

3<sup>e</sup> ESS .....

FINITION .....

OBSERVATIONS

Empreinte(s) désinfectée(s)  PE :

Autres pièces :

PARTIE RÉSERVÉE AU LABORATOIRE : CONTRÔLES QUALITÉ