

## Évaluation du sourire pour reconstruction antérieure

Date \_\_\_\_\_

Dentiste \_\_\_\_\_ Patient \_\_\_\_\_ Âge \_\_\_\_\_

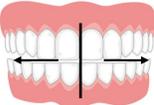
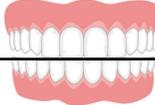
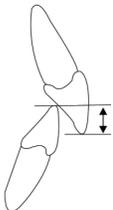
**Attentes du patient**

Teinte  Teinte piles

Pivots sur dents # \_\_\_\_\_

Modèles d'étude  Haut  Bas

Photos envoyées à [photo@esthetik-art.ca](mailto:photo@esthetik-art.ca)

<b>Classe</b> <input type="checkbox"/> 1 - Normal <input type="checkbox"/> 2 - Rétrognathe <input type="checkbox"/> 3 - Prognathe	<b>Augmentation de la DVO</b> <input type="checkbox"/> Oui _____ mm <input type="checkbox"/> Non	<b>Forme des dents</b> <input type="checkbox"/> Carré <input type="checkbox"/> Triangulaire <input type="checkbox"/> Ovoïde	<b>État de surface des dents</b> <input type="checkbox"/> Douce <input type="checkbox"/> Texturé <input type="checkbox"/> Même que les dents adjacentes
<b>Ligne médiane</b> <input type="checkbox"/> OK <input type="checkbox"/> Modifiée <div style="text-align: center; margin-top: 10px;">  <p>G _____ mm                      _____ mm D</p> </div>	<b>Inclinaison horizontale (Canting)</b> <input type="checkbox"/> OK <input type="checkbox"/> Modifié <div style="text-align: center; margin-top: 10px;">  </div>		
<b>Surplomb horizontal</b> <input type="checkbox"/> OK <input type="checkbox"/> Augmenté _____ mm <input type="checkbox"/> Diminué _____ mm <div style="text-align: center; margin-top: 10px;">  </div>	<b>Surplomb vertical</b> <input type="checkbox"/> OK <input type="checkbox"/> Augmenté _____ mm <input type="checkbox"/> Diminué _____ mm <div style="text-align: center; margin-top: 10px;">  </div>		
<b>Ligne de la lèvre inférieure VS incisive des dents (à dessiner)</b> <div style="text-align: center; margin-top: 20px;">  </div>	<b>Remodelage de la gencive (à dessiner)</b> <input type="checkbox"/> Gummy smile Dents # _____ _____ <div style="text-align: right; margin-top: 20px;">  </div>		

**Observation du technicien**

Faire suivre  
avec le cas