

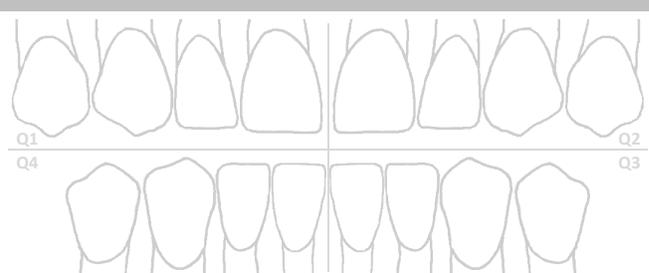
## Amovible

Date : \_\_\_\_\_

<b>DENTISTE</b>	<b>PATIENT</b>	<b>DATE REQUISE :</b>
Nom : _____	Nom : _____	JJ / MM / AAAA
Clinique : _____	Âge : _____ Sexe : F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>	<b>MISE EN BOUCHE :</b>
Téléphone : _____	Téléphone : _____	JJ / MM / AAAA HH : MM

**TEINTE**

Teinte :



Photos par courriel  
 Rendez-vous au labo

Rx

**TYPE DE PROTHÈSE**

Partiel metal H  B

Partiel acrylique H  B

Immédiate H  B

Complet H  B

Complet sur implant H  B

**BARRE**

Dolder  
 Montréal  
 Trinia™  
 Wrap-Around

**DENTS**

**Dentsply**

Classic  
 Portrait

**Ivoclar**

Blue Line  
 Phonares

**Vita**

Vitapan

**MONTAGE**

Surplomb horizontal : \_\_\_\_\_ mm  
 Surplomb vertical : \_\_\_\_\_ mm

**OCCUSION**

Classe I    Classe II    Classe III  
 Croisée  
 Lingualisée

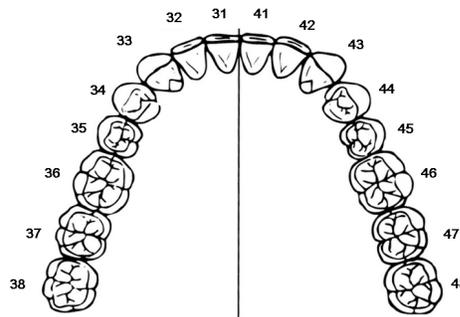
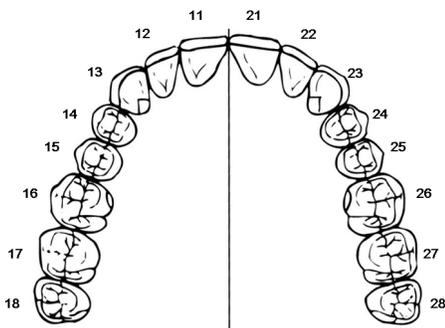
**ACRYLIQUE (TEINTE)**

**PalaXpress Ultra**

R11  
 R50  
 R200  
 Autre : \_\_\_\_\_

**FINITION**

Lisse  
 Naturelle



Signature : \_\_\_\_\_

# de permis \_\_\_\_\_