

1. INFORMATION CLIENT/PRATICIEN & DOSSIER PATIENT

Code client (voir BL/Facture) :

Nom du praticien (ayant rencontré le dysfonctionnement) :

ID Patient : (facultatif)

A JOINDRE OBLIGATOIREMENT :

- Une radio panoramique ou sectorielle de chaque étape du plan de traitement (au moins celle post-dysfonctionnement)
- La radio de la dernière visite avant l'apparition du dysfonctionnement

2. TRACABILITE ATTENTION : la pièce prothétique et le produit associé* doivent être renvoyés nettoyés, décontaminés et stérilisés

N° de dent :

Pièce prothétique (PP) : Référence : inconnue

Date de pose :

Lot : inconnu

Date de dépose :

Produit en interaction* : Oui (compléter) Non (n/a)

*à la PP au moment du dysf.

Référence : inconnue

Date de pose (si implant) :

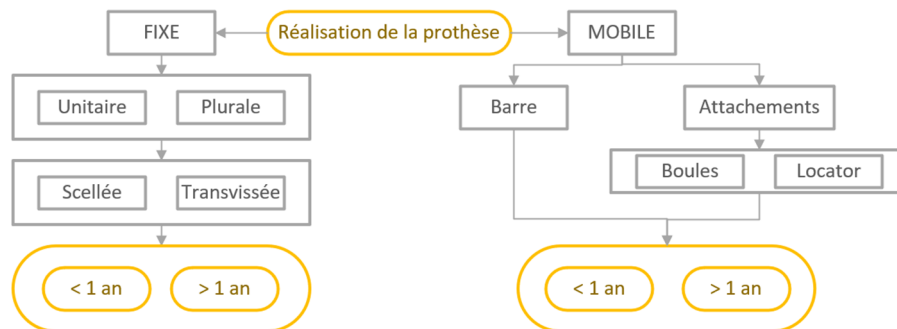
Lot : inconnu

Date de dépose (si implant) :

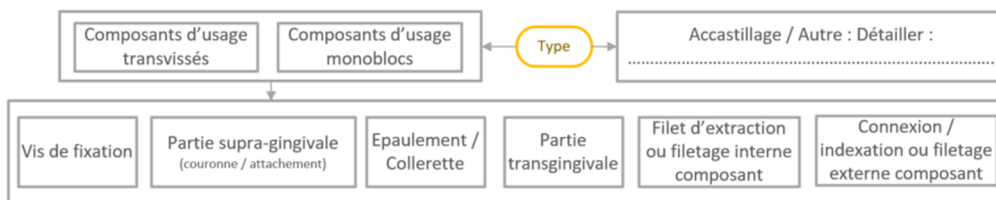
3. TYPE DE DYSFONCTIONNEMENT

- Blocage ou inadaptation Activation (3.0) Fracture si concerne un faux-moignon : fracture coronaire ? Oui Non
 Autre : vis intacte ? Oui Non

4. INFORMATIONS CHIRURGICALES (entourer sur la représentation graphique ou cocher n/a) n/a (prothèse non effectuée)



5. LOCALISATION DU DYSFONCTIONNEMENT (entourer)



6. SITUATION PRE/PER/POST OPERATOIRE

- Bruxisme/ Surcharge biomécanique Indication non-respectée Maladie parodontale Traumatisme / Accident
 Ouverture buccale insuffisante Bon état de santé général Infection locale
 Complication lors de la préparation du site Autre :

7. INFORMATIONS SUR LA PROTHESE

- Situation de l'antagoniste** Dent naturelle Appareil amovible Prothèse fixe implantoportée
 Prothèse fixe dentoportée Absence dent Courbe de Spee non rétablie
- Matériau utilisé sur la dent restaurée** Résine Zircane stratifié Matériaux-hybride
 Céramo-métal (CCM) Full zircane Autre :

Suivi et contrôles du patient Inconnus

Nb de visites : Date dernière visite : JJ/MM/AAAA Contrôle de l'occlusion et traitement à chaque visite : Oui Non NSP

Commentaires complémentaires :