

Feuille de présoumission

POUR UTILISATION INTERNE SEULEMENT · NE PAS SOUMETTRE CE FORMULAIRE

Ce document optionnel peut être utilisé pour préparer la soumission d'un cas sur dr.clearcorrect.com.

INFORMATIONS DE BASE

Date _____

Nom du médecin _____

Nom du patient _____

Sexe du patient Masculin Féminin Date de naissance du patient birth _____ / _____ / _____

Durée Recommandée Limitée à _____ étapes

ÉTAT DE SANTÉ ACTUEL

Motif de consultation:

Ligne médiane supérieure

- centrée
 décalée sur la droite _____ mm
 décalée sur la gauche _____ mm

Ligne médiane inférieure

- centrée
 décalée sur la droite _____ mm
 décalée sur la gauche _____ mm

Relation canines

- droite: classe _____
gauche: classe _____

Relation molaires

- droite: classe _____
gauche: classe _____

INSTRUCTIONS Les options par défaut sont surlignées en sarcelle.

Traiter les arcades

supérieure inférieure

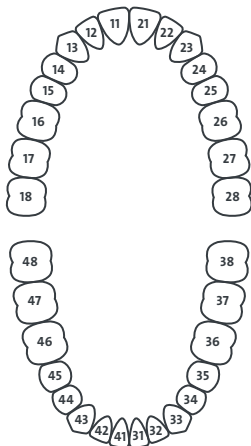
- | | | | |
|---------------------------|---------------------------------|---------------------------------|--------------------------------|
| Ligne médiane sup. | <input type="radio"/> conserver | <input type="radio"/> améliorer | <input type="radio"/> parfaite |
| Ligne médiane inf. | <input type="radio"/> conserver | <input type="radio"/> améliorer | <input type="radio"/> parfaite |
| Surplomb | <input type="radio"/> conserver | <input type="radio"/> améliorer | <input type="radio"/> parfaite |
| Occlusion | <input type="radio"/> conserver | <input type="radio"/> améliorer | <input type="radio"/> parfaite |
| Forme de l'arcade | <input type="radio"/> conserver | <input type="radio"/> améliorer | <input type="radio"/> parfaite |
| Relation canines | <input type="radio"/> conserver | <input type="radio"/> améliorer | <input type="radio"/> parfaite |

Relation molaires
Articulé croisé post.

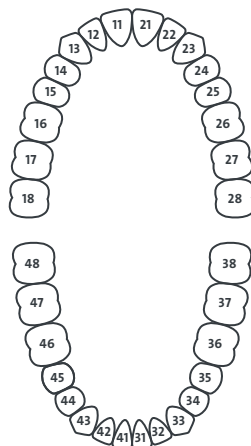
- conserver améliorer parfaite
 conserver améliorer parfaite

- | | | | |
|----------------------|---------------------------|---------------------------|--|
| RAI | <input type="radio"/> oui | <input type="radio"/> non | <input type="radio"/> seulement si nécess. |
| Attaches | <input type="radio"/> oui | <input type="radio"/> non | <input type="radio"/> seulement si nécess. |
| Proclination | <input type="radio"/> oui | <input type="radio"/> non | <input type="radio"/> seulement si nécess. |
| Élargissement | <input type="radio"/> oui | <input type="radio"/> non | <input type="radio"/> seulement si nécess. |
| Distalisation | <input type="radio"/> oui | <input type="radio"/> non | <input type="radio"/> seulement si nécess. |

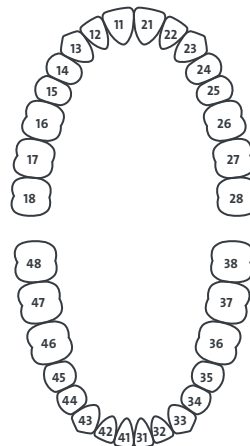
Éviter les attaches sur ces dents
(restaurations faciales, etc.)



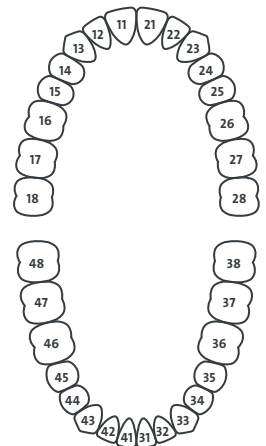
J'extraierai ces dents
avant le traitement



Laisser ces espaces ouverts



Ne pas déplacer ces dents
(bridges, dents ankylosées, etc.)



Autres instructions