

Feuille de pré-soumission

UNIQUEMENT À USAGE INTERNE · N'ENVOYEZ PAS CE FORMULAIRE À CLEARCORRECT

Ceci est un formulaire facultatif qui peut être utilisé pour préparer la soumission d'un cas sur dr.clearcorrect.com.

INFORMATION DE BASE

Date _____

Nom du praticien _____

Nom du patient _____

Sexe du patient Masculin Féminin Date de naissance du patient ____ / ____ / ____

Durée Recommandation ClearCorrect Limitée à ____ nombre d'étapes

CONDITION EXISTANTE

Motif de consultation:

Ligne médiane supérieure

- centré
 déplacé vers la droite ____ mm
 déplacé vers la gauche ____ mm

Ligne médiane inférieure

- centré
 déplacé vers la droite ____ mm
 déplacé vers la gauche ____ mm

Occlusion canine

- droite: classe ____
gauche: classe ____

Occlusion molaire

- droite: classe ____
gauche: classe ____

INSTRUCTIONS Options par défaut surlignées en couleur.

Arcades traitées maxillaire mandibulaire

- | | | | |
|--|---------------------------------|---------------------------------|---------------------------------|
| Ligne médiane supérieure | <input type="radio"/> préserver | <input type="radio"/> améliorer | <input type="radio"/> idéaliser |
| Ligne médiane inférieure | <input type="radio"/> préserver | <input type="radio"/> améliorer | <input type="radio"/> idéaliser |
| Surplomb antérieur horizontal (overjet) | <input type="radio"/> préserver | <input type="radio"/> améliorer | <input type="radio"/> idéaliser |
| Occlusion profonde (overbite) | <input type="radio"/> préserver | <input type="radio"/> améliorer | <input type="radio"/> idéaliser |
| Forme de l'arcade | <input type="radio"/> préserver | <input type="radio"/> améliorer | <input type="radio"/> idéaliser |
| Occlusion canine | <input type="radio"/> préserver | <input type="radio"/> améliorer | <input type="radio"/> idéaliser |

Occlusion molaire préserver améliorer idéaliser

Occlusion croisée postérieure préserver améliorer idéaliser

RAI (Stripping) oui non seulement si nécessaire

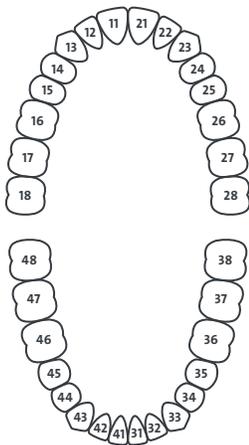
Taquets oui non seulement si nécessaire

Procliner oui non seulement si nécessaire

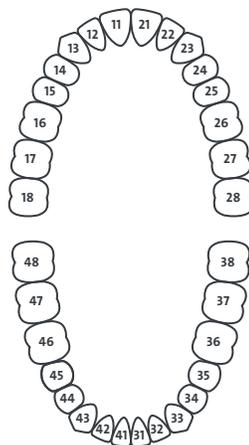
Expansion oui non seulement si nécessaire

Distaliser oui non seulement si nécessaire

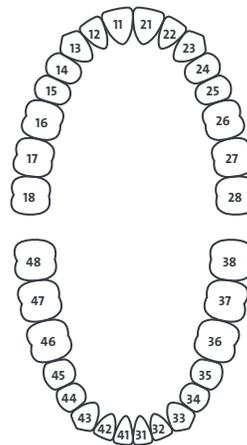
Éviter les taquets sur ces dents
(restaurations du visage, etc.)



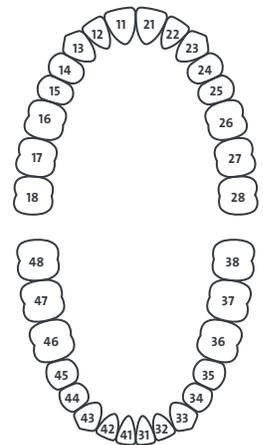
Je vais extraire ces dents
avant le traitement



Laisser espace entre ces dents



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



Autres instructions