

# 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](http://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

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

- |                                      |                                 |                                 |                                 |
|--------------------------------------|---------------------------------|---------------------------------|---------------------------------|
| <b>Occlusion molaire</b>             | <input type="radio"/> préserver | <input type="radio"/> améliorer | <input type="radio"/> idéaliser |
| <b>Occlusion croisée postérieure</b> | <input type="radio"/> préserver | <input type="radio"/> améliorer | <input type="radio"/> idéaliser |

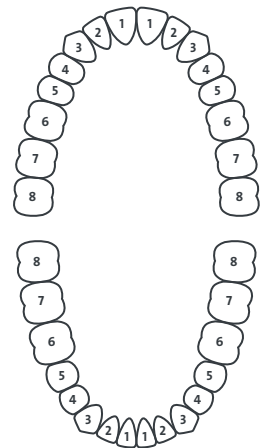
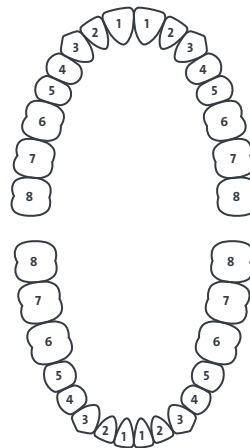
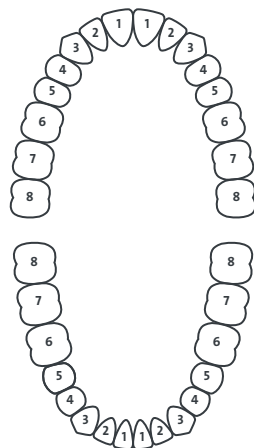
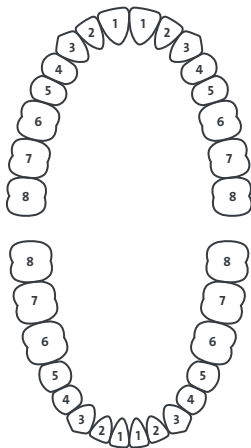
- |                        |                           |                           |   |
|------------------------|---------------------------|---------------------------|---|
| <b>RAI (Stripping)</b> | <input type="radio"/> oui | <input type="radio"/> non | <input type="radio"/> seulement si nécessaire |
| <b>Taquets</b>         | <input type="radio"/> oui | <input type="radio"/> non | <input type="radio"/> seulement si nécessaire |
| <b>Procliner</b>       | <input type="radio"/> oui | <input type="radio"/> non | <input type="radio"/> seulement si nécessaire |
| <b>Expansion</b>       | <input type="radio"/> oui | <input type="radio"/> non | <input type="radio"/> seulement si nécessaire |
| <b>Distaliser</b>      | <input type="radio"/> oui | <input type="radio"/> non | <input type="radio"/> 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