

DOSSIER PATIENT



Simply with implants

INFORMATIONS PATIENT

Nom :

Prénom :

Adresse :

Tel. / Portable :

Email :

Sexe : Date de naissance : / /

Numéro SS :

Mutuelle : Numéro dossier :

1^{ER} ENTRETIEN - DATE : / /

Médecin traitant

Nom du médecin traitant :

Adressé par : Dentiste traitant :

Autre :

Motif de la consultation : fonction masticatoire esthétique phonation

.....
.....
.....

Contre-indications permanentes

Radiothérapie

Diabète non équilibré

Allergie(s) (à préciser) :

Autre(s) (à préciser) :

.....

Contre-indications temporaires

Cardiopathie valvulaire

Traitement anti-coagulant

Grossesse

Croissance non terminée

Biphosphonates

Autre(s) (à préciser) :

.....

Mode de vie et suivi dentaire

Tabac : Oui Si Oui : >10 cigarettes par jour

<10 cigarettes par jour

Non

Alcool : Oui Non

Suivi dentaire : Régulier Irrégulier

Présence de plaque : Peu Moyen Beaucoup

Questionnaire médical

Complété : Oui Non

Commentaires

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....



EXAMENS GÉNÉRAUX

Pathologies en bouche

- Carie(s)
- Maladie parodontale
- Traumatisme
- Problème endodontique
- Autre(s)

Examen parodontale

- Parodonte sain
- Saignement modéré
- Suppuration

Examen occlusal

- Classe I
- Classe II
- Classe III

Facteurs de risques esthétiques

- Ligne du sourire : Gingivale Dentaire Soutien des lèvres
- Attente esthétique du patient : Importante Normale
- (Photo à joindre)

Examens biologiques

- NFS
- Ionogramme
- Glycémie
- INR
- Autre(s) (à préciser) :

Analyse radiographique

- Rétro-alvéolaire
- Panoramique
- Scanner / 3D

Ouverture buccale

- 2 doigts ou moins
- 3 doigts ou plus

Traitement Pré-implantaire

Date : / /

- Pré-médication
- Extraction(s) - Sites :
- Aménagement des tissus mous
- Aménagement osseux :
 - ROG
 - Matériaux de comblement (à préciser)
 - Greffe d'apposition
 - Membrane (à préciser)
 - Elévation de sinus
 - PRF

Commentaires

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

PLAN DE TRAITEMENT

Restauration

- Unitaire Scellée
 Plurale Vissée

Volume osseux

- Observations à la palpation :
 Bon Moyen Insuffisant
 Épaisseur de la crête :
 Large Fine
 Muqueuse attachée :
 Épaisse Mince

N°	18	17	16	15	14	13	12
Date :							
Implant utilisé : N° de lot : Diamètre : Longueur : Couple de vissage : Densité osseuse :							
Date :							
Référence de la vis de cicatrisation : Diamètre : Hauteur :							
Date :							
Référence du pilier : Diamètre : Hauteur :							

N°	48	47	46	45	44	43	42
Référence du pilier : Diamètre : Hauteur :							
Date :							
Référence de la vis de cicatrisation : Diamètre : Hauteur :							
Date :							
Implant utilisé : N° de lot : Diamètre : Longueur : Couple de vissage : Densité osseuse :							
Date :							

Commentaires








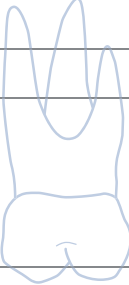

.....








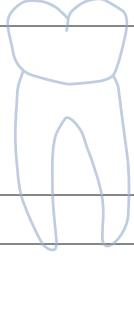

.....

.....

.....

.....

11		21	22	23	24	25	26	27	28
									

41		31	32	33	34	35	36	37	38
									

COMPTE-RENDU OPÉRATOIRE - DATE : / /

Anesthésie

Conventionnelle

Tronculaire

Nombre de carpule(s) :

Sédation consciente : Oui Non

Commentaires

.....
.....
.....
.....

Incision

Flapless

Lambeau

Type Lambeau : Épaisseur totale Épaisseur partielle

.....
.....
.....
.....

1^{er} temps chirurgical

Date : / /

Extraction-implantation immédiate

Chirurgie en 1 temps

Chirurgie en 2 temps - Date 2^{ème} temps / /

Chirurgie guidée

Mise en charge immédiate

Mise en charge différée - Délai mise en charge / /

.....
.....
.....
.....

Compte-rendu post-opératoire | Radio Post-op : Oui Non

.....
.....
.....

Observations post-opératoires

Date : / /

Implant(s) concerné(s) :

Cicatrisation des tissus mous : Bonne Moyenne

Traitement post-opératoire : Oui Non

(antibiotiques, anti-inflammatoires, antalgiques, bains de bouche...)

Douleur persistante : Oui, durée : Non

Hygiène satisfaisante : Oui Non

Ablation des sutures : Oui Non

Complications post-op : Oui Non

.....
.....
.....
.....
.....
.....

2^{ème} temps chirurgical

Date : / /

Délai objectif de mise en charge : (semaines)

Bilan radiographique : Oui Non

.....
.....
.....
.....

Prothèse provisoire

Date : / /

Oui Non

Faite par l'implantologue

Faite par le Correspondant

Courrier de liaison Correspondant

Compte-rendu Correspondant

Technique de prise d'empreinte :

Commentaires

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Prothèse d'usage

Date : / /

Scellée Vissée

Sur attachement Sur barre

Métal Céramo-métal

Céramique Zircon

Armature coulée CFAO

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

CONTRÔLE ET SUIVI DU TRAITEMENT IMPLANTAIRE

À 3 mois

.....

.....

À 6 mois

.....

.....

À 1 an

.....

.....

À 2 ans

.....

.....



Retrouvez plus d'informations sur
www.simply-with-implants.com

Les implants sont des dispositifs médicaux destinés à des professionnels de la médecine dentaire. Ils représentent, à ce titre, un produit de santé réglementé qui porte, au titre de cette réglementation, le marquage CE. Fabricant : Anthogyr - Nous vous invitons à contacter votre dentiste pour toute question relative à l'utilisation de ces dispositifs médicaux.

2237 avenue André Lasquin
74700 Sallanches - France
Tél. : 04 50 58 02 37 - Fax : 04 50 93 78 60
www.anthogyr.fr


PRIME MOVER IN IMPLANTOLOGY