PRESCRIPTION

LABORATOIRE LONGUEUIL
Laboratoire de porcelaine dentaire Longueuil inc.

141-P, Boul. de Mortagne, Boucherville (Québec) J4B 6G4 • Téléphone: (450) 674-4827 • Sans frais: (1-800) 567-4827 • Télécopieur: (450) 674-1475 • Courriel: info@lablongueuil.com • www.lablongueuil.com

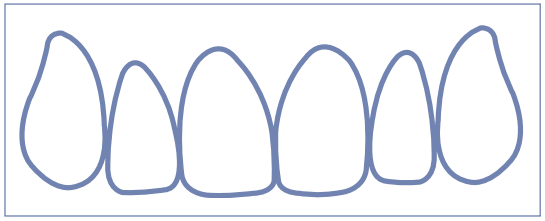
Directives du dentiste:

Nom du dentiste: _____

Adresse: _____

Nº de permis: _____ Nom du patient: _____

Date d'envoi: a / m / j Date de rendez-vous: a / m / j



Couleur: _____ # dent _____ Couleur de la dentine: _____
(Obligatoire pour le tout-porcelaine & zircon)

État de surface:

Brillance:
- ❑ Matte
- ❑ Normale
- ❑ Très brillante

Texture:
- ❑ Lisse
- ❑ Moyenne
- ❑ Accentuée

Forme:
- ❑ Carrée
- ❑ Arrondie
- ❑ Triangulaire

Si réduction insuffisante:
- ❑ Îlot métallique
- ❑ Meuler antagoniste
- ❑ Meuler pilier
- ❑ Appeler dentiste

Essai: ❑ Métal ❑ Porcelaine
❑ Finition pour mise en bouche

❑ Choix de couleur au laboratoire
Tél. du patient: ( )

VOTRE ENVOI COMPREND:

❑ Guide de couleur ❑ Empreinte ❑ Articulateur
❑ Antagoniste ❑ Pré-op ❑ Diagno ❑ Articule
❑ Partiel

Autres pièces: _____

Photos fournies: ❑ oui ❑ non
Version: ❑ papier ❑ courriel

Si vous avez des photos numériques à nous faire parvenir, veuillez nous les transmettre par courriel à:
info@lablongueuil.com

IMPLANT

❑ Vissé ❑ Cimenté
❑ Pilier Zircon

Info sur Implant

Nom de la compagnie: _____

Sorte d'implant: _____

Diamètre de l'implant: _____

Autres infos: _____

OR-PORCELAINE

MÉTAL: ❑ 10% OR ❑ 60% OR ❑ 80% OR ❑ Non précieux
❑ Pont Maryland
❑ Couronne Or

Finition buccale:
- ❑ Épaulement porcelaine
- ❑ Métal fini à rien
- ❑ Collet métallique

Finition linguale:
- ❑ Épaulement porcelaine
- ❑ Métal fini à rien
- ❑ Collet métallique

Occlusal: ❑ Métal ❑ Porcelaine

TOUT-PORCELAINE *(Dentine obligatoire)*

Pont:
- ❑ Zircon

Couronne:
- ❑ Empress
- ❑ E.Max
- ❑ Cristobal *(composite)*
- ❑ Zircon

Empress:
- ❑ Facette
- ❑ Incrustation

❑ Californien

PIVOT

- ❑ Pivot composite
- ❑ Pivot composite sur métal
- ❑ Pivot indirect
- ❑ Pivot direct

Métal: ❑ Or ❑ Ag/Pd

Signature du dentiste: _____ **Date:** a / m / j

copie du **laboratoire**