PRESCRIPTION

101-1100 Parent, St-Bruno (Québec) J3V6L8 • 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 : _____

Nom du patient : _____

Date de RV : ___JJ___ /___MM___ / 20____ à ____h____

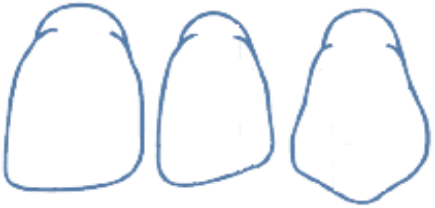
SPÉCIFICATIONS

Numéro de(s) dent(s) :_____

Couleur de la dent :_____

Ch. de couleur au Laboratoire

Tél. du patient : (_____) _____-_____



SI réduction insuffisante :

- ☐ Meuler antagoniste
- ☐ Appeler dentiste
- ☐ Tailler le pilier (guide de coupe)

Type de sourire :

- ☐ Orthodontique
- ☐ Asymétrique *(avec rotation et mouvements)*

VOTRE ENVOI COMPREND

- ☐ Ancienne couronne
- ☐ Antagoniste
- ☐ Articulateur
- ☐ Articulé / Bite
- ☐ Cirage diag. H / B
- ☐ Empreinte
- ☐ Fourchette
- ☐ Guide de couleur
- ☐ Modèle(s) H / B
- ☐ Partiel H / B
- ☐ Plaque de montage
- ☐ Pré-op
- ☐ Implant(s) : ☐ Transfert ☐ Analogue ☐ Pilier ☐ Vis
- ☐ Autres : _____

SI photo(s) de votre patient :

- ☐ Papier imprimé (jointe dans la boîte)
- ☐ Courriel (info@lablongueuil.com)
- ☐ DropBox (info@lablongueuil.com)
- ☐ ShadeWave (info@lablongueuil.com)

IMPLANT

MATÉRIEL :

☐ Céramo-métal ☐ Zircone

TYPE :

☐ Vissée ☐ Cimentée
☐ Jumelée

INFO SUR L'IMPLANT

Nom de la compagnie :

_____

Sorte d'implant :

_____

Diamètre de l'implant :

_____

Autres infos :

_____

PRODUITS ET MATÉRIAUX

PRODUITS

- ☐ Couronne
- ☐ Facette
- ☐ Temporaire
- ☐ Pont
- ☐ Couronne ¾
- ☐ Essai PMMA
- ☐ Incrustation
- ☐ Pivot

CÉRAMO-MÉTAL

Métal :

- ☐ Semi-précieux
- ☐ Non-précieux

Finition buccale :

- ☐ Épaulement porcelaine
- ☐ Collet métallique

Finition linguale :

- ☐ Collet métallique

ZIRCONE

DENTINE OBLIGATOIRE

Couleur :_____

Type :

- ☐ Zircone traditionnelle
- ☐ Zircone MONO. Émaillée

E.MAX / EMPRESS

DENTINE OBLIGATOIRE

Couleur :_____

Type :

- ☐ E.Max
- ☐ Empress

Directorat d'un laboratoire de prothèses dentaires

PERMIS no. D-0059 **PERMIS no. D-0184**

Signature dentiste : _____ Date : ___JJ___ /___MM___ / 20___ No. permis : _____

Copie du LABORATOIRE