

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

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

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

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

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

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

COMPTE-RENDU OPÉRATOIRE - DATE : / /

Anesthésie

- Conventionnelle
- Tronculaire
- Nombre de carpule(s) :
- Sédation consciente : Oui Non

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 / /

Commentaires

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

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 :

Prothèse d'usage

Date : / /

- Scellée Vissée
- Sur attachement Sur barre
- Métal Céramo-métal
- Céramique Zircon
- Armature coulée CFAO

Commentaires

.....

.....

.....

.....

.....

.....

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


A Straumann Group Brand