

Feuille de présoumission

Pour utilisation interne uniquement - ne pas soumettre ce formulaire

Ce document optionnel peut être utilisé pour préparer la soumission d'un cas sur dr.clearcorrect.com

Informations de base

Date ____ / ____ / ____

Nom du médecin _____

Nom du patient _____

Sexe du patient Homme Femme Date de naissance du patient ____ / ____ / ____

Durée Recommandée Limiter à ____ étapes Calendrier de port 1 semaine 10 jours 2 semaines 3 semaines

Traiter les arcades Arcade supérieure Arcade inférieure Type de dentition Dentition permanente Dentition mixte (approche esthétique non applicable)

Motif de consultation

Approche thérapeutique

Esthétique

- | | | | |
|--|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Améliorer le surplomb | <input type="checkbox"/> Pas de RAI | <input type="checkbox"/> Mettre à niveau jusqu'aux collets des dents | <input type="checkbox"/> Maintien des lignes médianes existantes |
| <input type="checkbox"/> Améliorer la supraclusion | <input type="checkbox"/> Pas de taquets | <input type="checkbox"/> Améliorer uniquement la ligne médiane supérieure | |
| <input type="checkbox"/> Ne pas déplacer les prémolaires | <input type="checkbox"/> Améliorer uniquement la ligne médiane inférieure | | |

Correction complète de l'arcade

Relation entre les molaires

Droite Conserver Corriger

Gauche Conserver Corriger

Relation entre les canines

Droite Conserver Corriger

Gauche Conserver Corriger

Classe I

- Ajouter des découpes et des fentes pour élastiques
- Planifier une extraction
- Planifier une procédure chirurgicale

Classe II

- Ajouter des découpes et des fentes pour élastiques
- Planifier une extraction
- Planifier une procédure chirurgicale
- Inclure la RAI postérieure

Classe III

- Ajouter des découpes et des fentes pour élastiques
- Planifier une extraction
- Planifier une procédure chirurgicale

Conditions dentaires (facultatif)

Espacement

- Distribuer l'espacement pour le travail de restauration

Occlusion croisée

- Ne pas corriger l'occlusion croisée postérieure
- Planifier une procédure chirurgicale
- Inclut des rampes d'occlusion postérieures

Occlusion profonde

- Ingression des dents antérieures inférieures uniquement
- Maintenir la courbe de Spee
- Inclut des rampes d'occlusion postérieures
- Inclut des rampes d'occlusion antérieures

Encombrement

- Pas de RAI
- Pas d'expansion de l'arcade
- Distalisation postérieure
- Planifier une extraction

Béance

- Ajouter des découpes et des fentes pour élastiques
- Planifier une extraction
- Planifier une procédure chirurgicale

Ligne médiane supérieure Conserver Améliorer Corriger (gauche/droite) _____ mm

Ligne médiane inférieure Conserver Améliorer Corriger (gauche/droite) _____ mm

N° Cas

Instructions

Ne pas bouger ces dents (bridges, dents ankylosées, etc.)

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16		
D	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	G
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	32	31	30	29	28	27	26	25	24	23	22	21	20	19	18	17		

J'extraierai ces dents avant le traitement

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16		
D	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	G
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	32	31	30	29	28	27	26	25	24	23	22	21	20	19	18	17		

Éviter les taquets sur ces dents (restaurations du visage, etc.)

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16		
D	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	G
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	32	31	30	29	28	27	26	25	24	23	22	21	20	19	18	17		

Laisser ces espaces ouverts

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16		
D	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	G
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	32	31	30	29	28	27	26	25	24	23	22	21	20	19	18	17		

Instructions supplémentaires