



12, Rue des Tisserands
BP 53 144
35831 BETTON Cedex
Tel : 02 99 55 75 33

Cachet du Praticien

Reçu le :

Pour le :

Patient : NOM : _____
Prénom : _____

Technicien :

VTP CHIRURGICALE

Initiale Préopératoire

Coulées Empreintes ___ Montage occluseur_____
Montage SAM_____ Duplicata coulée_____
Set up Chirurgical ___ Plaque résine avec dent___
Gouttière Chir. Résine_____ Options_____
Gouttière Chir. Résine/fil_____
Gouttière Chir. Résine/fil/perforée___

Maxillaire :

Impaction

Postérieure___m/m
Antérieure ___m/m

Epaction

Postérieure___m/m
Antérieure ___m/m

Avancée ___m/m Gauche/ m/m___Droite
Recul ___m/m Gauche/ m/m___Droite

Horizontalisation

Molaire. Dr. ___m/m \updownarrow Canine Dr ___m/m \updownarrow
Molaire. Ga. ___m/m \updownarrow Canine Ga ___m/m \updownarrow

Disjonction

Postérieure___m/m
Antérieure ___m/m

Médiane

← ___m/m | ___m/m →
← ___m/m | ___m/m →

Mandibule :

Autorotation

Avancée ___m/m Gauche/ Droite
Recul ___m/m Gauche/ Droite

Horizontalisation

Gauche ___m/m / Droite ___m/m

Signature du Praticien obligatoire :