

(DOCUMENT INTÉRIMAIRE)

## INFORMATIONS GÉNÉRALES

### INFORMATIONS SUR LE PATIENT

NOM DU PATIENT

ADRESSE

DATE DE NAISSANCE

JJ

MM

AA

TÉLÉPHONE

### INFORMATIONS SUR LE DENTUROLOGISTE

NOM DU DENTUROLOGISTE RÉFÉRENT

N° DE PERMIS

DÉTENTEUR DE L'AEC<sup>1</sup>

OUI

NON

TÉLÉPHONE

**Les denturologistes non-détenteurs d'une AEC<sup>1</sup>** (CCA01-Pratique avancée de la denturologie) sont autorisés, selon une ordonnance d'un dentiste, effectuer les interventions non invasives nécessaires à la conception, à l'installation et à l'ajustement des prothèses dentaires :

- sur des piliers intermédiaires avec une marge située au niveau gingival ( $\pm 1$  mm) ou au-dessus du niveau gingival, ou;
- sur des implants avec piliers intermédiaires intégrés placés par le dentiste, avec une marge située au niveau gingival ( $\pm 1$  mm) ou au-dessus du niveau gingival.

En plus de ce qui est autorisé aux denturologistes non-détenteurs d'une AEC<sup>1</sup>, les denturologistes détenteurs d'une AEC peuvent, sous ordonnance du dentiste, retirer et placer des piliers de guérison sur les implants ainsi qu'installer et ajuster des prothèses directement sur les implants.

<sup>1</sup> Formation reconnue pour la période intérimaire

### INFORMATIONS SUR LE DENTISTE

NOM DU DENTISTE

TÉLÉPHONE

N° DE PERMIS

## SECTION À REMPLIR PAR LE DENTUROLOGISTE

### OBSERVATIONS DU DENTUROLOGISTE

EXTRACTION DES DENTS

AUTRES PARTICULARITÉS (EX. : PATIENT N'A JAMAIS TOLÉRÉ DE PROTHÈSES PARTIELLES OU COMPLÈTES, ESPACE RESTREINT, AUGMENTATION OSSEUSE À AUGMENTER, TUBÉROPLASTIE, -ETC.)

**PLAN(S) DE TRAITEMENT PROTHÉTIQUE(S) PRÉLIMINAIRE(S) PROPOSÉ(S)**

TYPES DE PROTHÈSES DENTAIRES SUR IMPLANTS	PLAN 1		PLAN 2	
	NOMBRE D'IMPLANTS		NOMBRE D'IMPLANTS	
	Max.	Mand.	Max.	Mand.
A. PROTHÈSE COMPLÈTE IMPLANTO-PORTÉE TRANSVISSÉE SUR IMPLANTS				
B. PROTHÈSE COMPLÈTE IMPLANTO-PORTÉE TRANSVISSÉE SUR PILIERS				
C. PROTHÈSE COMPLÈTE DE RECOUVREMENT <sup>2</sup> SUR BARRE IMPLANTO-PORTÉE SUR IMPLANTS				
D. PROTHÈSE COMPLÈTE DE RECOUVREMENT <sup>2</sup> SUR BARRE IMPLANTO-PORTÉE SUR PILIERS				
E. PROTHÈSE COMPLÈTE DE RECOUVREMENT <sup>2</sup> AVEC ATTACHES INDIVIDUELLES IMPLANTO-PORTÉE				
F. PROTHÈSE PARTIELLE IMPLANTO-PORTÉE TRANSVISSÉE SUR IMPLANTS <span style="float: right;">POSITION</span>				
G. PROTHÈSE PARTIELLE IMPLANTO-PORTÉE TRANSVISSÉE SUR PILIERS <span style="float: right;">POSITION</span>				
H. PROTHÈSE PARTIELLE DE RECOUVREMENT <sup>2</sup> AVEC ATTACHE(S) INDIVIDUELLE(S) IMPLANTO-PORTÉE(S) <span style="float: right;">POSITION</span>				
I. PROTHÈSE PARTIELLE DE RECOUVREMENT <sup>2</sup> SUR BARRE IMPLANTO-PORTÉE SUR IMPLANTS <span style="float: right;">POSITION</span>				
J. PROTHÈSE PARTIELLE DE RECOUVREMENT <sup>2</sup> SUR BARRE IMPLANTO-PORTÉE SUR PILIERS <span style="float: right;">POSITION</span>				
K. PROTHÈSE DE TRANSITION IMPLANT-PORTÉE				
L. PROTHÈSE DE TRANSITION AVEC BASE MOLLE				

<sup>2</sup> « de recouvrement : prothèse pouvant être retirée par le patient ».

DATE  |  |

\_\_\_\_\_  
SIGNATURE DU DENTUROLOGISTE

## SECTION À REMPLIR PAR LE DENTISTE

DATE DE L'EXAMEN DU PATIENT

JJ | MM | AA

### PLAN DE TRAITEMENT PRÉLIMINAIRE RETENU

NOMBRE D'IMPLANTS

# TYPES DE PROTHÈSES DENTAIRES SUR IMPLANTS

Maxillaire

Mandibulaire

MISE EN CHARGE IMMÉDIATE

OUI

NON

GUIDE CHIRURGICAL REQUIS

OUI

NON

PHASE CHIRURGICALE PRÉVUE LE

JJ | MM | AA

PÉRIODE DE GUÉRISON PRÉVUE

OBSERVATIONS ET COMMENTAIRES À CONSIDÉRER

DATE

JJ | MM | AA

SIGNATURE DU DENTISTE

## SECTION À REMPLIR PAR LE DENTISTE ET LE DENTUROLOGISTE

### PLAN DE TRAITEMENT IMPLANTO-PORTÉE PRÉLIMINAIRE

NOMBRE D'IMPLANTS

# TYPES DE PROTHÈSES DENTAIRES SUR IMPLANTS

Maxillaire

Mandibulaire

DATE

JJ | MM | AA

SIGNATURE DU DENTISTE

DATE

JJ | MM | AA

SIGNATURE DU DENTUROLOGISTE

## SECTION À REMPLIR PAR LE PATIENT

Les informations contenues au présent document ont été communiquées au patient

DATE

JJ | MM | AA

SIGNATURE DU PATIENT