

(DOCUMENT INTÉRIMAIRE)

## INFORMATIONS GÉNÉRALES

### INFORMATIONS SUR LE PATIENT

NOM

ADRESSE

DATE DE NAISSANCE

JJ

MM

AA

TÉLÉPHONE

### INFORMATIONS SUR LE DENTUROLOGISTE

NOM DU DENTUROLOGISTE RÉFÉRENT

NUMÉRO DE PERMIS

DÉTENTEUR D'UNE 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, à 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, placer des piliers de guérison sur les implants et les retirer, 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

NUMÉRO 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)

**PLAN(S) DE TRAITEMENT PROTHÉTIQUE 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> IMPLANTO-PORTÉE AVEC ATTACHE(S) INDIVIDUELLE(S)				
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> IMPLANTO-PORTÉE AVEC ATTACHE(S) INDIVIDUELLE(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 DETRANSITION IMPLANTO-PORTÉE				
L. PROTHÈSE DETRANSITION AVEC BASE MOLLE				

<sup>2</sup> Une prothèse de recouvrement peut 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

NOMBRE 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

NOMBRE 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 dans le présent document ont été communiquées au patient.

DATE JJ | MM | AA

SIGNATURE DU PATIENT