



Prescripteur :	DESCRIPTION DU DISPOSITIF MEDICAL SUR MESURE (DMSM)	 
Date :	Patient :	Fabricant : LABO ODF FRANCE PARIS UP DENTAL Tél. : 01.30.44.29.06 Email : contact@up-dental.fr

DESCRIPTION- CARACTERISTIQUES DU DMSM : (Cocher les cases / *rayer les mentions inutiles)	
<input type="checkbox"/> <i>Plaque de Hawley supérieure</i> <input type="checkbox"/> <i>ELN</i> <input type="checkbox"/> <i>Mainteneur d'espace</i> <input type="checkbox"/> <i>Dent résine</i> <input type="checkbox"/> <i>Gouttière d'alignements</i> <input type="checkbox"/> <i>Gouttière de contention</i> <input type="checkbox"/> <i>Fil de contention à coller</i> <input type="checkbox"/> <i>Orthèse d'Avancée Mandibulaire</i> <input type="checkbox"/> <i>Arc lingual</i> <input type="checkbox"/> <i>Activateur d'Andresen</i> <input type="checkbox"/> <i>QH</i> <input type="checkbox"/> <i>Disjoncteur</i> <input type="checkbox"/> <i>Maxillary Skeletal Expander (MSE)</i> <input type="checkbox"/> <i>Autres</i>	<input type="checkbox"/> <i>Ressort (préciser le n° des dents à déplacer et l'action)</i> <input type="checkbox"/> <i>vérin médian</i> <input type="checkbox"/> <i>vérin (préciser le type ou l'action)</i> <input type="checkbox"/> <i>surélévations molaires</i> <input type="checkbox"/> <i>Bras de Delaire</i> <input type="checkbox"/> <i>Réparation :</i> <input type="checkbox"/> <i>Empreinte à couler</i> <input type="checkbox"/> <i>Modèles d'étude</i>

Observations – précisions :

Pièces jointes : <input type="checkbox"/> Empreintes sup. et inf. <input type="checkbox"/> Modèles sup. et inf. <input type="checkbox"/> Empreintes numériques sup & inf <input type="checkbox"/> Maxillary Skeletal Expander
--

Date et heure de la pose :

<u>Signature du prescripteur :</u>

Observations du laboratoire :
