



MEMBRE DU RÉSEAU INNOVORIS
66 rue Bechevelin | 69007 LYON
04 37 28 93 92

PRATICIEN

Je soussigné Docteur (cf cachet du praticien) valide par cette prescription que j'ai réalisé une évaluation clinique du patient, que j'ai évalué le rapport bénéfice/risque pour le patient et que la prothèse que j'ai définie dans cette prescription est conforme aux exigences de sécurité et de performance pour le patient.

PATIENT

Forme :

Âge : Sexe :

ÉLÉMENTS ENVOYÉS PAR MAIL contact@laboratoire-cdv.com
 teinte@laboratoire-cdv.com
 cdvscan@gmail.com

ENVOI D'UN FICHIER NUMÉRIQUE
 OUI
 NON

CONJOINTE

Faux moignon
 Clavette
 Couronne métal
 CCM éco
 CCM
 Richmond
 Inlay / Onlay
 Métal Compo Emax

Full Zircono éco
 Full Zircono dégradée
 Zircono Cut-back
 Zircono stratifiée
 Emax Monolithique
 Emax stratifiée
 Facette Emax
 Provisoire

Essayage armature Biscuit Finition Soudés
 Unitaires

DATE DE LIVRAISON / / 20.....

OBSERVATIONS

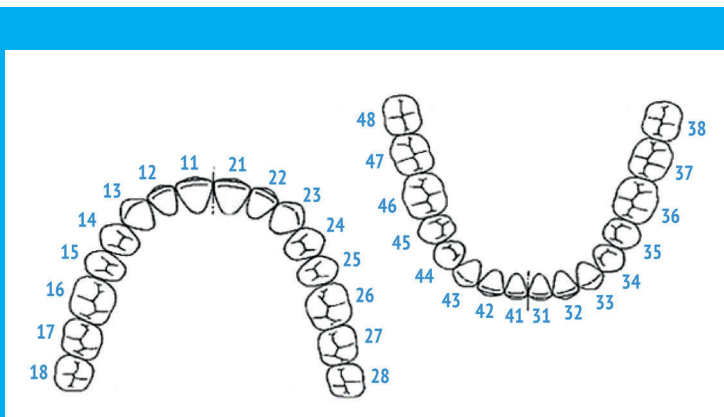
Prise de teinte laboratoire

Emplacement tenon

INTER BRIDGE

EMBRASURE
 Ouverte
 Fermée

MÉTAL
 Non précieux
 Semi précieux
 Précieux



IMPLANTOLOGIE

MARQUE / REF : Scellée
 Transviscée

SI MANQUE DE PLACE
 Retouche préparation
 Retouche antagoniste
 Merci d'appeler le praticien

ADJOINTE

PEI, le :
 Cire, le :
 1^{er} essaiage, le :
 2^{ème} essaiage, le :
 Finition le :

GOUTTIÈRE

Châssis Métal
 Résine
 Crochet Acétal
 Provisoire

Résine cuite
 Thermoformée
 Blanchiment

OBSERVATIONS

.....

FOURNITURES SOUHAITÉES

Sachets Boîtes
 Fiches de travail Étiquettes
 Autre :

J'ai obtenu le consentement du patient pour vous transmettre son identité et des images partielles ou totales de son visage. Il est informé que vous destinez ces données à votre usage interne, afin de garantir la bonne réalisation de sa prothèse et un suivi efficace de son dossier. Il est également informé que vous conserverez les éléments nécessaires à la traçabilité pour une durée de 10 ans et que vous détruirez les autres dès la validation de la bonne réalisation de la prothèse