

PATIENT _____

DATE D'ENVOI:
SHIPPING DATE: _____ / _____ / _____

PRATICIEN
PRACTITIONER _____

DATE DE RETOUR:
RETURN DATE: _____ / _____ / _____

HEURE:
TIME: _____

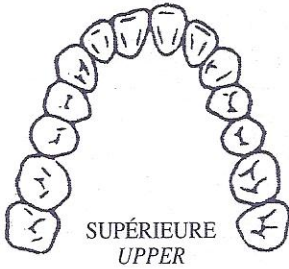


Targis/Vectris
CEROMER SYSTEM

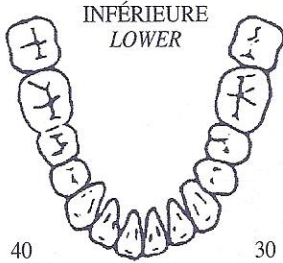
QUÉBEC (siège social)
4715, rue des Replats, Bureau 170
Québec (Québec) G2J 1B8
Tél. : (418) 626-8888
Fax : (418) 626-9236
Sans frais : 1-800-463-5764

MONTRÉAL - Le Nordelec
1751, rue Richardson, Bureau 2209
Montréal (Québec) H3K 1G6
Tél. : (514) 343-4342
Fax : (514) 343-9261
Sans frais : 1 888 463-5764

MONTRÉAL
6995, avenue Victoria
Montréal (Québec) H3W 2T5
Tél. : (514) 735-5156
Fax : (514) 735-2121
Sans frais : 1-800-450-5156



10 20



40 30

COULEUR / SHADE

PLASTIQUE
PLASTIC PORCELAIN
PORCELAIN

M M ANT. HAUT
O O UPPER ANT. _____
U U ANT. BAS
L L LOWER ANT. _____
E E POST. HAUT
UPPER POST. _____
POST. BAS
LOWER POST. _____

REMARQUES / REMARKS

SIGNATURE AUTORISÉE / AUTHORIZED SIGNATURE

LE GROUPE DENTACHROME

www.dentachrome.ca

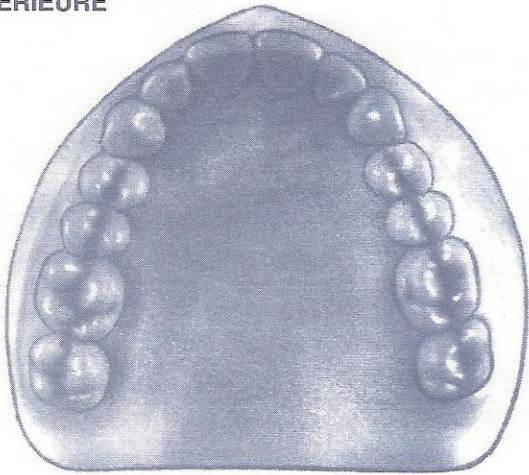
6995, Av. Victoria
Montréal (Qc) H3W 2T5
Tél.: (514) 735-5156
1-800-450-5156
Fax: (514) 735-2121



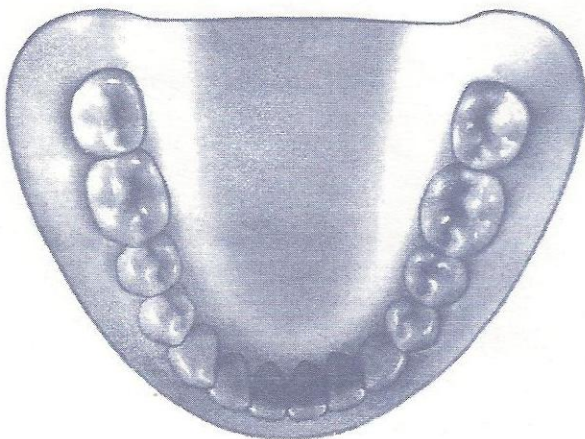
Laboratoire autorisé **VITALIUM**

Pour faciliter l'interprétation des instructions:

SUPÉRIEURE



INFÉRIEURE



REMARQUES: _____

PRESCRIPTION

Praticien: _____

Adresse: _____

Ville: _____ Prov.: _____

Patient: _____ No. identification: _____

Date d'envoi: _____ Date de retour: _____

PARTIEL COULÉ

Type de prothèse: Supérieure Inférieure

Connecteur majeur : _____ : _____

Appuis primaires : _____ : _____

Appuis secondaires : _____ : _____

Crochets : _____ : _____

Plans guidants : _____ : _____

REMARQUES: _____

ACRYLIQUE

En essai: _____ À finir: _____

Type de prothèse: _____ Supérieure Inférieure

Type d'acrylique: _____

Dent: _____ Plastique _____ Porcelaine _____

Couleur: antérieure _____ postérieure _____

Moule: antérieur _____ postérieur _____

REMARQUES: _____

FORME FACIALE

carrée carrée triangulaire triangulaire ovoïde

homme femme âge: _____

Signature du praticien

01/00/10M