

CHROMA-DENT

LABORATOIRE DENTAIRE

N°

PRATICIEN: _____

PATIENT: _____

Date requise: _____

DESCRIPTION DU TRAVAIL

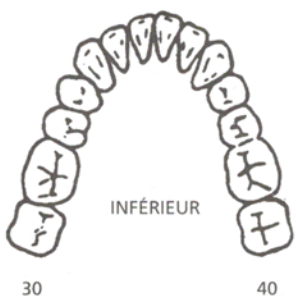
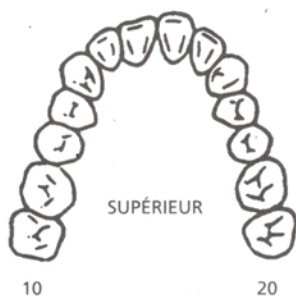
2204, rue Galt Ouest
Sherbrooke (Québec) J1K 1K4
Tél.: (819) 566-535
Sans frais: 1-800-567-6082
Télec.: (819) 566-5068



Directorat de laboratoire
Raymond Viens
Jérôme Viens
Permis N° D-0075

TYPE DE PROTHÈSE

- | | |
|---|---|
| ☐ PROTHÈSE COMPLÈTE | ☐ PROTHÈSE SUR IMPLANT |
| ☐ PARTIEL COULÉ | ☐ PROCERA |
| ☐ PARTIEL ACRYLIQUE | ☐ INCRUSTATIONS |
| ☐ ORTHODONTIQUE | ☐ ATTACHEMENT DE PRÉCISION |
| ☐ COURONNES ET PONTS | ☐ PONTS PAPILLON |



COULEUR _____

☐ PLASTIQUE ☐ PORCELAINE

M
O
U
L
E

ANT. HAUT _____

ANT. BAS _____

POST. HAUT _____

POST. BAS _____

CARACTÉRISATION



ÉTAT DE LA SUREACE

☐ LISSE ☐ MOYEN ☐ RUGUEUX

ASPECT DE L'ÉMAIL

☐ BRILLANT ☐ MOYEN ☐ MAT