

# SCHEDA LABORATORIO

mf M. FRADEANI

Gb G. BARDUCCI

Paziente \_\_\_\_\_ Età \_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_  Maschio  Femmina

## INFORMAZIONI ESTETICHE



FOTO DEL PAZIENTE



FOTO DEL PAZIENTE



FOTO DEL PAZIENTE

- FOTOGRAFIE**     Vecchie  Nuove     **LINEA DEL SORRISO**     Media  Bassa  Alta
- ALLINEAMENTO**     Sì  No     **ASPETTO**     Giovane  Adulto  Maturo
- TIPOLOGIA**      Ovoidale      Triangolare      Squadrata
- TESSITURA**    **Macro**  No  Leggera     Marcata    **Micro**  Giovane  Adulto  Maturo

## PIANO OCCLUSALE vs LINEA COMMISSURALE - ORIZZONTE



Parallelo



Inclinato Dx  
Mantenere   
Modificare



Inclinato Sx  
Mantenere   
Modificare

INDICARE MODIFICA CON SIMBOLO + (ALLUNGARE) - (ACCORCIARE)

mm 6 ___ 5 ___ 4 ___ 3 ___ 2 ___ 1 ___	1 ___ 2 ___ 3 ___ 4 ___ 5 ___ 6 ___ mm
mm 6 ___ 5 ___ 4 ___ 3 ___ 2 ___ 1 ___	1 ___ 2 ___ 3 ___ 4 ___ 5 ___ 6 ___ mm

Note \_\_\_\_\_

## COLORE



**Scala**  
 Vita     3D Master  
 Ivoclar     Altro \_\_\_\_\_

**Spettrofotometro**  
 Sì     No

**Valore**  
Alto                        Basso



Note \_\_\_\_\_

FORMA		modifiche	POSIZIONE
13	allung./accorc. mm _____	allung./restring. mm _____	vestib./ling. mm _____
12	allung./accorc. mm _____	allung./restring. mm _____	vestib./ling. mm _____
11	allung./accorc. mm _____	allung./restring. mm _____	vestib./ling. mm _____
21	allung./accorc. mm _____	allung./restring. mm _____	vestib./ling. mm _____
22	allung./accorc. mm _____	allung./restring. mm _____	vestib./ling. mm _____
23	allung./accorc. mm _____	allung./restring. mm _____	vestib./ling. mm _____

Note \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

FORMA		modifiche	POSIZIONE
43	allung./accorc. mm _____	allung./restring. mm _____	vestib./ling. mm _____
42	allung./accorc. mm _____	allung./restring. mm _____	vestib./ling. mm _____
41	allung./accorc. mm _____	allung./restring. mm _____	vestib./ling. mm _____
31	allung./accorc. mm _____	allung./restring. mm _____	vestib./ling. mm _____
32	allung./accorc. mm _____	allung./restring. mm _____	vestib./ling. mm _____
33	allung./accorc. mm _____	allung./restring. mm _____	vestib./ling. mm _____

Note \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

OVERJET	modifiche	OVERBITE
<input type="checkbox"/> Confermato		<input type="checkbox"/> Confermato
<input type="checkbox"/> Dim. mm _____		<input type="checkbox"/> Dim. mm _____
<input type="checkbox"/> Aum. mm _____		<input type="checkbox"/> Aum. mm _____
Note _____		
_____		

## INFORMAZIONI FUNZIONALI

### ■ MODELLI

Vecchi modelli del pz  Sup.  Inf.  Modelli di studio  Sup.  Inf.  Modelli dei provvisori  Sup.  Inf.

### ■ REGISTRAZIONI OCCLUSALI

M.I.  R.C.  Protrusiva  Lateralità

### ■ DIMENSIONE VERTICALE

Invariata  Aumentare mm \_\_\_\_\_  Diminuire mm \_\_\_\_\_

Sup. mm \_\_\_\_\_  Inf. mm \_\_\_\_\_

### ■ ARCO FACCIALE

Arbitrario  Cinematico  Orizzonte  Bipupillare  Commissurale  Altro \_\_\_\_\_

### ■ Linee di riferimento

### ■ REGOLAZIONE DELL'ARTICOLATORE

#### Articolatore semi-individuale

Inclinazione condilare  Gradi mm \_\_\_\_\_ /  Registrazione protrusiva

Bennett progressivo  Gradi mm \_\_\_\_\_ /  Registrazione lateralità

Bennett immediato  mm \_\_\_\_\_

#### Articolatore individuale

Pantografo meccanico

Pantografo elettronico

### ■ SCHEMA DISCLUSIVO

Guida incisiva  Guida canina  Funzione di gruppo  Occlusione bilanciata

## IMPRONTE

Rilevate il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ ore \_\_\_\_:\_\_\_\_ Disinfettate con \_\_\_\_\_

### ■ Materiali d'impronta

#### ALGINATO

Sup.  Inf.

#### POLIETERE

Sup.  Inf.

#### SILICONI PER ADDIZIONE

Sup.  Inf.

#### POLISOLFURO

Sup.  Inf.

#### SILICONI PER CONDENSAZIONE

Sup.  Inf.

#### ALTRO \_\_\_\_\_

Sup.  Inf.

## DOCUMENTAZIONE

### ■ ANAMNESI DEL PAZIENTE

Malatti infettive  Handicap psicomotori

Allergie accertate  Bruxista

Altri dispositivi presenti  Altro

Note \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### ■ ALLEGATI

Diapositive/Fotografie  Scheda estetica  Altro \_\_\_\_\_

## PRESCRIZIONE DISPOSITIVO MEDICO SU MISURA

DOTT. _____	LABORATORIO _____
Via _____	Via _____
Città _____ Tel. _____	Città _____ Tel. _____
Partita IVA/C.F. _____	Partita IVA/C.F. _____
Iscr. Albo _____	Reg. Min. Sanità: _____ R.I. _____

Data      /      /           **N. Prescrizione** \_\_\_\_\_

Paziente/Codice \_\_\_\_\_      Et  \_\_\_\_\_  Maschio  Femmina

### TIPO DI LAVORO

- Ceratura diagnostica   
 Mock-up indiretto   
 Protesi provvisoria   
 Protesi fissa   
 Protesi rimovibile

Descrizione: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### SCHEMA DEL LAVORO:      0 = Moncone naturale    = Impianto    X = Elemento mancante

1	8	7	6	5	4	3	2	1		1	2	3	4	5	6	7	8	2
4	8	7	6	5	4	3	2	1		1	2	3	4	5	6	7	8	3

- |                                      |                               |                                   |                              |
|--------------------------------------|-------------------------------|-----------------------------------|------------------------------|
| <b>MC:</b> Metallo-ceramica          | <b>PS1:</b> Pre-saldatura     | <b>PS2:</b> Post-saldatura        | <b>MM:</b> Margine metallico |
| <b>MMC:</b> Margine metallo-ceramica | <b>SC:</b> Spalla in ceramica | <b>PM:</b> Perno moncone          | <b>ABU:</b> Abutment         |
| <b>CI:</b> Ceramica integrale        | <b>MB:</b> Maryland bridge    | <b>V:</b> Veneer <b>IN:</b> Inlay | <b>ON:</b> Onlay             |

Tipo di lega: \_\_\_\_\_

Tipo di ceramica: \_\_\_\_\_

## COLORE



### Scala

- Vitapan  
 3D Master  
 Ivoclar  
 Altro \_\_\_\_\_

### Valore

- Alto      Basso
- 



## PROVE

Prova _____	Per il <u>    </u> / <u>    </u> / <u>    </u> Note: _____	<input type="checkbox"/> Allegato n _____
Prova _____	Per il <u>    </u> / <u>    </u> / <u>    </u> Note: _____	<input type="checkbox"/> Allegato n _____
Prova _____	Per il <u>    </u> / <u>    </u> / <u>    </u> Note: _____	<input type="checkbox"/> Allegato n _____
Consegna _____	Per il <u>    </u> / <u>    </u> / <u>    </u> Note: _____	<input type="checkbox"/> Allegato n _____

**Firma dell'odontoiatra prescrivente** \_\_\_\_\_

DOTT. \_\_\_\_\_

LABORATORIO \_\_\_\_\_

Paziente/Codice \_\_\_\_\_

## PROVE

ALLEGATO N. \_\_\_\_\_ Prova \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Note \_\_\_\_\_

ALLEGATO N. \_\_\_\_\_ Prova \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Note \_\_\_\_\_

**PROVE**

**ALLEGATO N.** \_\_\_\_\_ Prova \_\_\_\_\_ del \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_

Note \_\_\_\_\_

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

**ALLEGATO N.** \_\_\_\_\_ Prova \_\_\_\_\_ del \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_

Note \_\_\_\_\_

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---