

PRESCRIZIONE E PROGETTAZIONE CLINICA

DI DISPOSITIVO ODONTOIATRICO SU MISURA

Fascicolo tecnico N. _____

DATA _____

MITTENTE Dott.: Via : Città : N. ALBO	Laboratorio Odontotecnico Od. Giovanni Miccichè Via Callicratide n° 95 - 92100 Agrigento P. Iva 02433760846 Cod. Fisc. MCCGNN80L28A0891 Isc. Min. Sanità ITCA 01023126 Tel. +39 0922 401403 - cell. + 39 347 6363684
---	--



SI RICHIEDE PER IL PAZIENTE	CODICE	
NATO IL	SESSO <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	NOTE SUL PAZIENTE

LA REALIZZAZIONE DEL DISPOSITIVO MEDICO IDENTIFICATO CON IL NOME DI

TIPO DI LAVORO

<input type="checkbox"/> CERATURA DIAGNOSTICA	<input type="checkbox"/> MOCK-UP INDIRECTO	<input type="checkbox"/> PROTESI PROVVISORIA
<input type="checkbox"/> PROTESI FISSA	<input type="checkbox"/> PROTESI RIMOVIBILE	<input type="checkbox"/> ORTODONZIA

DESCRIZIONE

.....

.....

.....

SCHEMA DEL LAVORO	0 = Moncone Naturale <input type="checkbox"/> = Impianto X = Elemento mancante
8 7 6 5 4 3 2 1	1 2 3 4 5 6 7 8
8 7 6 5 4 3 2 1	1 2 3 4 5 6 7 8

<p>COLORE</p> <p>Scala</p> <table style="width: 100%;"> <tr> <td><input type="checkbox"/> Vitapan</td> <td><input type="checkbox"/> 3D Master</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Ivoclar</td> <td><input type="checkbox"/> Altro</td> </tr> </table> <p>Valore</p> <table style="width: 100%;"> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">Alto</td> <td></td> <td style="text-align: center;">Basso</td> <td></td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/> Vitapan	<input type="checkbox"/> 3D Master	<input type="checkbox"/> Ivoclar	<input type="checkbox"/> Altro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Alto		Basso		<p>PROVE</p> <p>Prova _____ per il _____</p> <p>Prova _____ per il _____</p> <p>Prova _____ per il _____</p> <p>Prova _____ per il _____</p> <p>Cons. _____ per il _____</p>
<input type="checkbox"/> Vitapan	<input type="checkbox"/> 3D Master												
<input type="checkbox"/> Ivoclar	<input type="checkbox"/> Altro												
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>										
Alto		Basso											

EVITANDO L'USO DELLE SEGUENTI SOSTANZE

SI ALLEGA MODELLI ARCO FACCIALE CERA

IMPRONTE Sup. Inf. CERA DI COSTRUZIONE

IMPRONTE RILEVATE IN _____ ALTRO _____

SI DESIDERA ESSERE CHIAMATI PER QUESTO CASO <input type="checkbox"/>	Il dispositivo dovrà esserci fornito in conformità alla direttiva 93/42/CEE e in particolare all'allegato I. Il trattamento dei dati del paziente dovrà rispettare i depositi della legge 675/96 art. 10 commi 3,11 e 13.
--	---

Consegnare entro il _____ Timbro e firma del prescrittore

