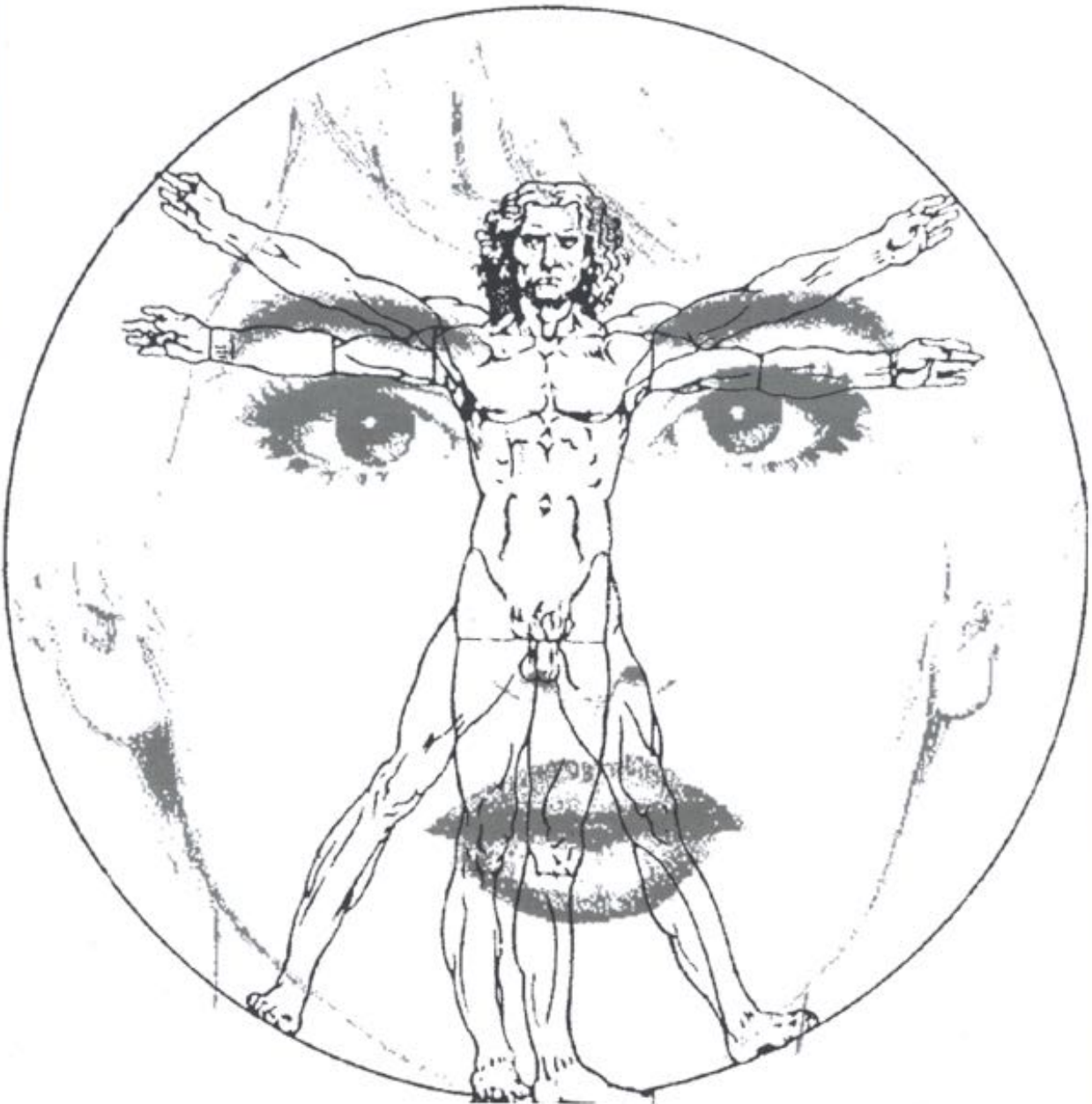
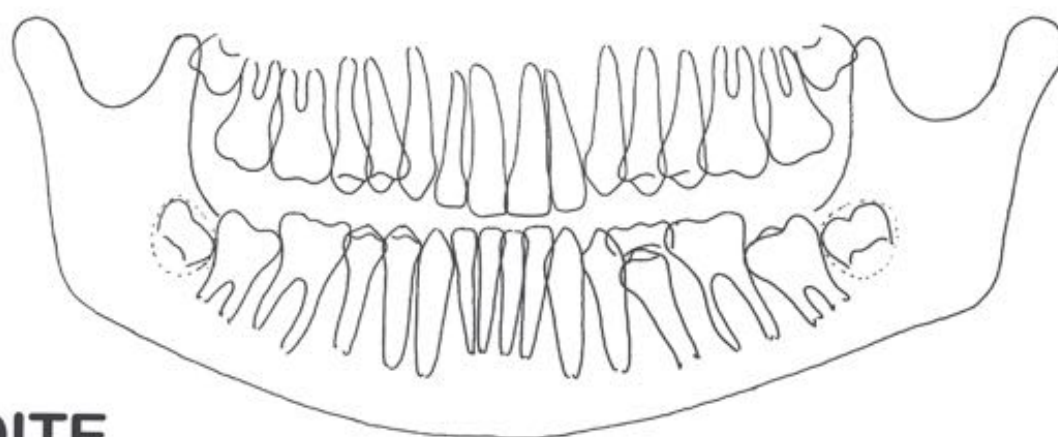
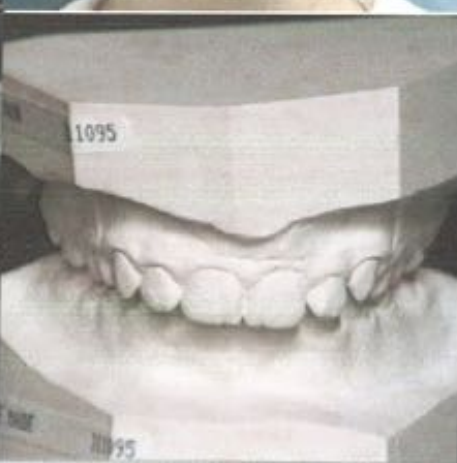


**GROUPE BIOPROGRESSIF
G.M.
11 ANS 10 MOIS**



**GUES.
MAUDE
11 ANS 10 MOIS
30.10.95**



DROITE

FICHE D'EXAMEN CLINIQUE N°1

NOM : GUE. MAUDE
 SEXE (M/F) : Féminin
 Date de naissance : 20.11.83
 Date de ce jour : 28.09.95
 Age (année,mois) : 11 ans et 10 mois
 Règles (oui,non) : Non
 Dates des premières règles : —
 Taille : Petite
 Poids : —
 radio du poignet (oui,non,nécessaire): Non

PROBLEMES MAJEURS POUR LE PATIENT**1) PROBLEMES MAJEURS POUR :****NOTES:**

PATIENT	PARENTS	DENTISTE
		*
		*

- +
0
-
- A) DIASTEME ANTERIEUR
 B) ENCOMBREMENT
 C) SURPLOMB
 D) RECOUVREMENT
 E) ESTHETIQUE DENTAIRE
 TISSUS MOUS
 F) PROBLEMES D'A.T.M.
 G) AUTRES

2) MATRICE FONCTIONNELLE**A) VOIES AERIENNES NASOPHARYNGEES**

- +
0
-
- Amygdales (présentes, retirées, hypertrophiques)
 Végétations (présentes, retirées, hypertrophiques)
 Cornets (ok, oedème, hémorragies)
 Allergies (oui, non)
 Ventilation (nasale, orale) ?
 Problèmes ventilatoires (oui, non, potentiel)
 si oui 1) Adresser à un médecin (oui, non)
 2) Attendre diagnostic plus avancé (oui, non)
 (OUI, NON)

B) HABITUDES

- +
0
-
- Si oui lesquelles ?
 Déglutition atypique (oui, non) (antérieure) (latérale)
 Position linguale (normale)(moyenne)(basse)
 (petite)(moyenne)(grosse)
 (bridée/ frein, insertion) (libre)
 Succion pouce, doigt (oui nocturne, non)
 Succion labiale (oui, non)
 (supérieure, inférieure)
 Ventilation (nasale, orale) ?
 Contracture mentonnière (oui, non)
 Contracture péri-orale (oui, non)
 Autre
 Habitudes sont un problème (oui, non)
 Si oui Education (oui, non)
 Attendre diagnostic plus avancé (oui, non)

C) MUSCULATURE

+	Péri-orale en fonction				(tendue, neutre, lache)	
	Péri-orale au repos				(tendue, neutre, lache)	
	Sillon labio-mentonnier				(oui,non)	
0	Si oui	: fonctionnel			(oui,non)	
	Si oui	: haut, moyen, pt B				
-	Buccinateur	:	1	2	3	(forte, normale, faible)
	Masticatoire	:				(forte, normale, faible)
	Joue	:				(forte, normale, faible)
	posture	:				(oui,non)

EVALUATION EMG	MASSETER		TEMPORAL ANTERIEUR		SUS HYOIDIEN	
	D	G	D	G	D	G
LIGNE DE BASE						
RELAXATION SPONTANEE						
RELAXATION COMMANDEE						
DENT SERREES						
RELAXATION						

0 D) EVALUATION PLUS COMPLEXE (oui,non)

0 E) EVALUATION NEUROLOGIQUE (oui,non)

3) EVALUATION DENTAIRE ORTHODONTIQUE

+	A) EVALUATION DE LA DENTURE		<u>C.O.</u>	<u>C.R.</u>
	Relation molaire droite		(Classe 1 2 3)--(0,5 / 1 / 1,5 prémolaire)	
	Relation molaire gauche		(Classe 1 2 3)--(0,5 / 1 / 1,5 prémolaire)	
	Relation canine droite		(Classe 1 2 3)--(partielle, complète)	
	Relation canine gauche		(Classe 1 2 3)--(partielle, complète)	
	Surplomb	: 7-8	mm	
	Recouvrement	: 80-90	%	
-	Béance	: / _	mm	

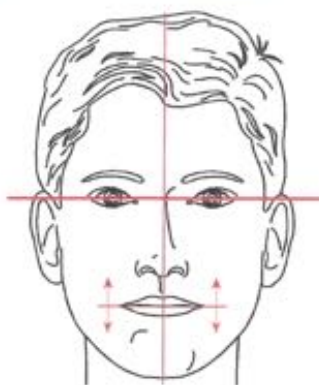
B) EVALUATION FONCTIONNELLE

+	Mandibule verrouillée		(oui,non)
	Transversalement, Sagitalement ou les deux		(T, S, T.S.)
0	Maxillaire en "V"		(oui,non)
	Incisives supérieures en version linguale ou buccale		(L,B)
	Inversé d'articulé		(oui,non)
-	si oui		(droite, gauche, bilat., antérieur)
	Déviation fonctionnelle de la mandibule		(oui,non)
	si oui		(droite, gauche)

C) ESTHETIQUE-EVALUATION DE LA DENTURE/LA FACE

+	Médiane maxillaire / médiane de la face		(centrée, droite, gauche)
	Médiane mandibulaire / médiane de la face		(centrée, droite, gauche)
	Médiane maxillaire / médiane mandibulaire		(centrée, droite, gauche)
0	Ligne de la lèvre supérieure au repos	: 4-5	mm
	Ligne de la lèvre supérieure au sourire	: 12	mm
	Gencive exposée au repos	: 0	mm
	Gencive exposée au sourire large	: 3	mm
	Longueur de la lèvre supérieure	: 20	mm

4) ASYMETRIE FACIALE (Oui, Non)



5) EVALUATION DE L'A.T.M.

- A) PROBLEME D'A.T.M. (oui,non)
 B) DEVERROUILLER (oui,non)

C) EVALUATION STATIQUE DE L'A.T.M

1- Mouvements mandibulaires



- a- Ouverture maximale : 41 mm
 b- Protrusion maximale : 9 mm
 c- Latéralité gauche maxi : 10 mm
 d- Latéralité droite maxi : 10 mm

Claquement		Douleur	
G	D	G	D
/		/	

- 2- Prise doc.en relation centrée (oui,non)
 3- Monter le cas (oui,non)
 4- Arc facial anatomique (oui,non)
 5- Axiographie (oui,non)
 6- M.P.I (oui,non)
 7- Gouttière de repositionnement (oui,non)
 8- Occlusogramme (oui,non)

6) EVALUATION DE LA NUTRITION (oui,non)

- Au cabinet (oui,non)
 Spécialiste (oui,non)

7) EVALUATION DE LA PERSONNALITE

- Education consciente (AWT)
 P1 A, B, C, D / P2 A, B, C, D, E, F, G, H / P3
 Niveau de Stress (1,2,3)
 Niveau de coopération (1,2,3)
 Evaluation plus poussée (oui,non)
 Si oui - au cabinet
 - spécialiste

8) PROBLEMES PARTICULIERS (Oui,Non)

PROBLEMES MINEURS

9) DECALCIFICATIONS (Oui,Non)



8 7 6 5 4 3 2 1	1 2 3 4 5 6 7 8
6 V IV III 2 1	1 2 III IV V 6
6 V IV III 2 1	1 2 III IV V 6
8 7 6 5 4 3 2 1	1 2 3 4 5 6 7 8

10) CARIES (Oui,Non)



8 7 6 5 4 3 2 1	1 2 3 4 5 6 7 8
6 V IV III 2 1	1 2 III IV V 6
6 V IV III 2 1	1 2 III IV V 6
8 7 6 5 4 3 2 1	1 2 3 4 5 6 7 8

11) EVALUATION PARODONTALE (oui,non)



8 7 6 5 4 3 2 1	1 2 3 4 5 6 7 8
6 V IV III 2 1	1 2 III IV V 6
6 V IV III 2 1	1 2 III IV V 6
8 7 6 5 4 3 2 1	1 2 3 4 5 6 7 8

12) PASSE MEDICAL



13) HYGIENE : Excellente, Bonne, faible.



DEGRE DE DIFFICULTE 1 (2) 3

DOCUMENTS DIAGNOSTICS NECESSAIRES

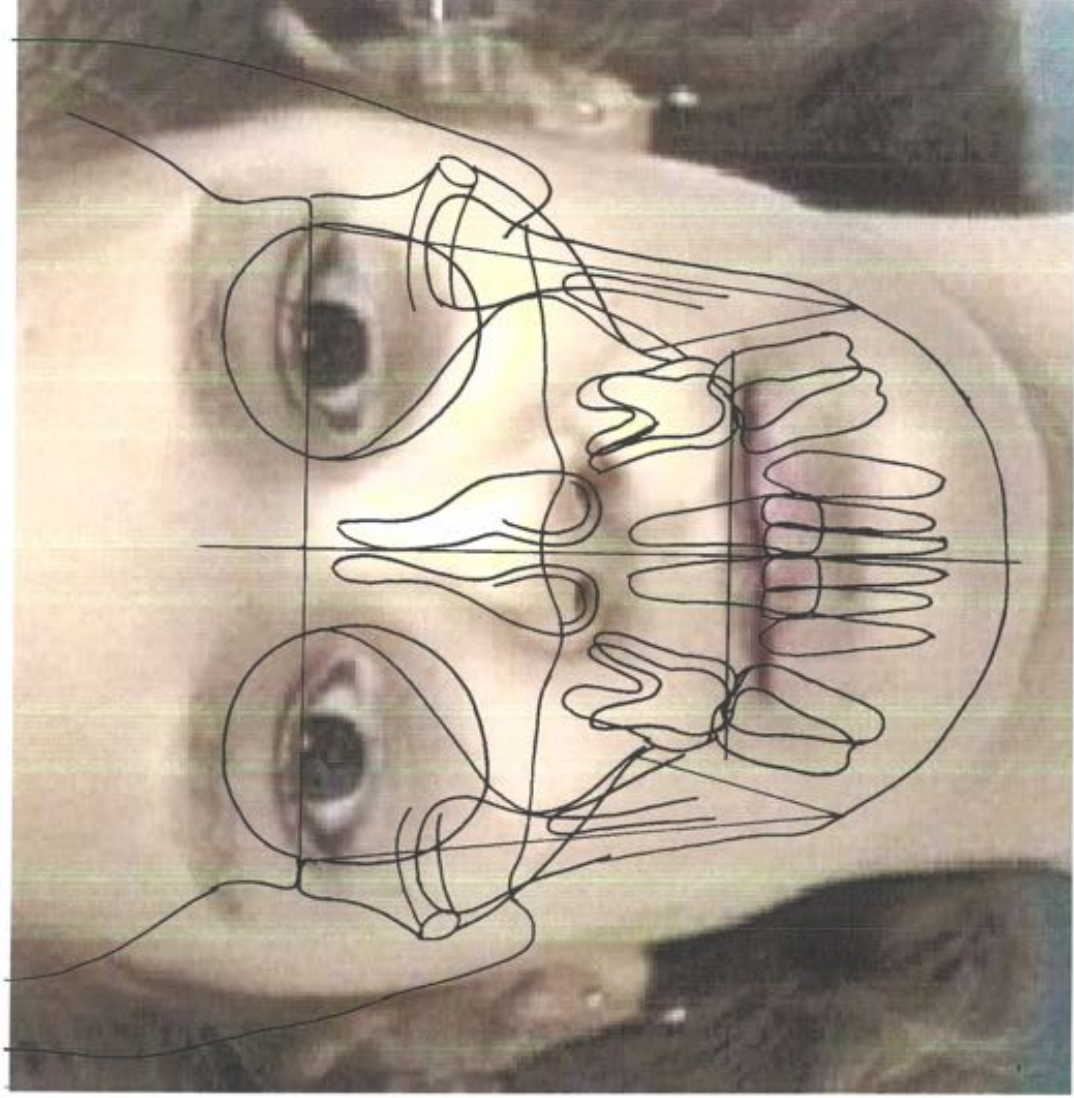
De base : **Moulages montés sur articulateur S.A.M.,
Téléradiographie de profil,
Téléradiographie de face,
Panoramique.**

Additionnels : **poignet,
mordu maxillaire
Tomographie**

ANALYSE FRONTALE

NOM : GUES.
 PRENOM : MAUDE
 AGE : 11 ANS 10 MOIS
 29.03.95

	VALEURS MOYENNES	VARIATION ANNUELLES	MESURES
I. STRUCTURES PROFONDES	12 ANS		
1. LARGEUR FACIALE ZA-AZ	123 MM ±3	+2.5 MM	103 MM
2. LARGEUR MAXILLAIRE J-J	64 MM ±3	+1 MM	55 MM
3. LARGEUR NASALE	34 MM ±2	+1.5 MM	22 MM
4. LARGEUR MANDIBULAIRE AG-GA	85 MM ±3	+1.5 MM	69 MM
II. SYMETRIE POSTURALE			
5. SYMETRIE DE LA MANDIBULE	0 MM ±2		MM
III. RELATIONS MAXILLO-MANDIBULAIRES			
6. RELATION MAXILLO-MANDIBULAIRE LIGNE Z-AG-J	10 MM ±2		D: 11 MM G: 11
7. MEDIANE SQUELETTIQUE ME'-ME	0° ±2		0°
IV. RELATIONS DENTO-SQUELETTIQUES			
8. DISTANCE/6- PLAN DE DENTURE	6 MM ±2	+0.8 MM	D: 7 MM G: 7
9. MEDIANE DENTO-SQUELETTIQUE	0 MM ±1.5		0 MM
10. PLAN OCCLUSAL	0 MM ±2		0 MM
V. RELATIONS OCCLUSALES			
11. LARGEUR INTER-MOLAIRE M: F:	55 MM ±2 54 MM ±2		MM 48 MM
12. LARGEUR INTER-CANINE	83 ↔73 43 ↔33		MM 23 MM
13. MEDIANE DENTAIRE A1-B1	0 MM ±1		1 MM
14. RELATION MOLAIRE D: G:	1.5 MM ±1.5 1.5 MM ±1.5		1 MM 1 MM



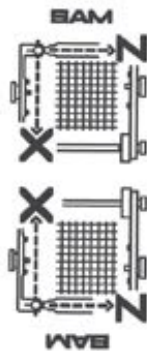
NOM : GUES.
 PRENOM : MAUDE
 AGE : 11 ANS ET 10 MOIS
 30.10.95

CR - CO

M.P.I

IP =
 RP =

TRANSVERSAL MM
 D G

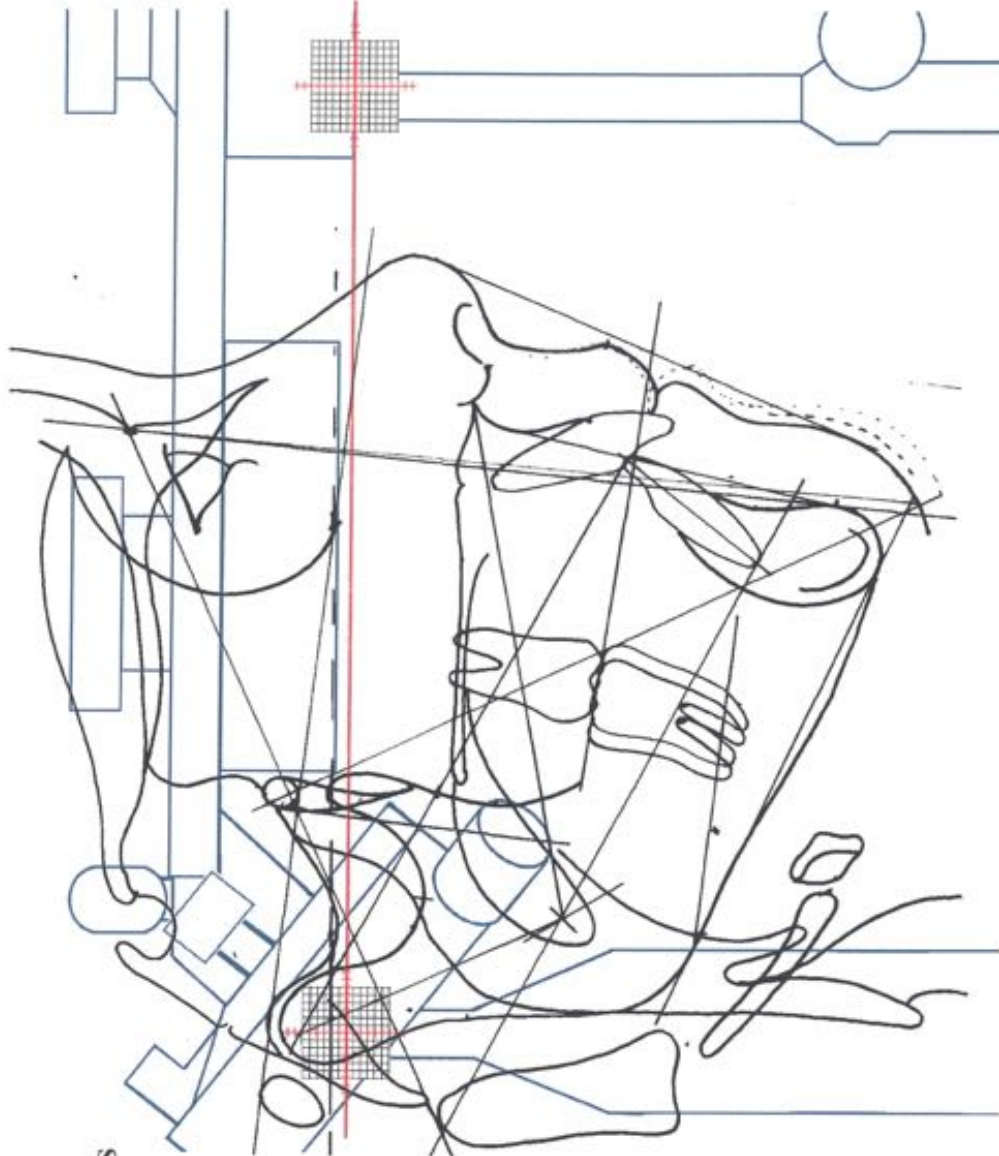


TRIANGLE D'HARVOLD



107
 (113-116)

D.D. SQUELETTIQUE 1 2 3
 D.D. ESTHETIQUE 1 2 3



I ORTHOPEDIE ?

Description générale
 D.S. ← D ← T ← M → T → B → B.S

Asymétrie maxillaire
 1 2 3

Contrôle du menton
 (rotation antérieure, postérieure)

Non Oui *Mineur **Majeur

Contrôle du point A

A. Antérieur →

B. Contrôle nécessaire ?

Son Oui *Mineur ** Majeur

Détermination orthopédique finale

A. Antéro-postérieure
 Dmx ← T ← T → Cmx

Dnd ← T ← T → Pnd

B. Problème vertical Oui Non

Excès Insuffisance

* Mineur ** Majeur

C. Problème transversal Oui Non

Excès Insuffisance

* Mineur ** Majeur

II ORTHODONTIE
 Contrôle de la denture

(Mode Descriptif)
 I. Lower ← → → (Objectif)

2. Upper A ← → →

B. Y a-t-il de la place Non

CONTROLE DU POINT A

CONTROLE DU MENTON	VARIA	NORME	MESURE	DOLI.	MESO.	BRAC.	-1mm/3A	+2mm	+5 mm	T.M.S. Rétro	←	→	Pro.
1. AXE FACIAL	0	90 °	90 °										
2. PLAN FACIAL	+1 /3ans	88 °	91 °										
3. ANGLE PLAN MANDIBULAIRE	-1 /3ans	25 °	19 °										
4. HAUTEUR FACIALE INFÉRIEURE	IND.	43.8 °	39 °										
5. ARC MANDIBULAIRE	+0.5/ans	27.5 °	36 °										
6. HAUTEUR FACIALE TOTALE	0	60 °	53 °										
7. CONVEXITE													
CONTROLE DE LA DENTURE													
8. inc. à APO							0 mm	+1 mm	+0 mm				
9. inc. / APO							0 °	22 °	25 °				
10. 6 à PTV							+1mm/an	age +3mm	16 mm				
11. ANGLE DE MAC HARRIS							0	80° à 100°	81 °				
12. LEVRE INFÉRIEURE							0 mm	-0.2mm/A	-2 mm				

NOM : GUES.
 PRENOM : MAUDE
 AGE : 11 ANS ET 10 MOIS
 30.10.95

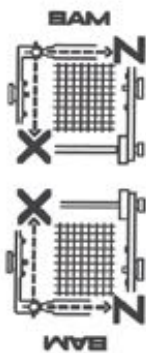
CR - CO

M.L.P.J

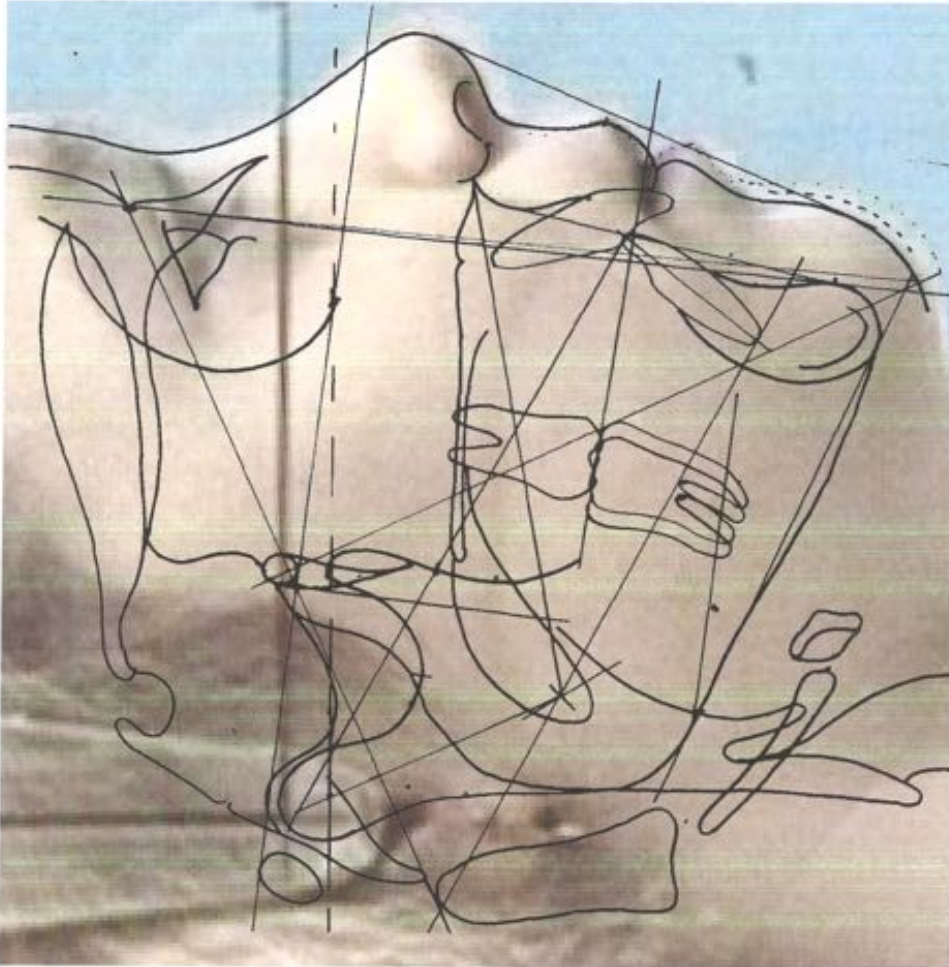
IP =

RP =

TRANSVERSAL MM
 D G



TRIANGLE D'HARVOLD



I ORTHOPÉDIE ?

Description générale
 D.S. ← D ← T ← M → T → B → R.S.

Ageage naturel
 1 2 3

Contrôle du maxillaire (rotation antérieure, postérieure)
 Non Oui *Mineur **Majeur

Contrôle du point A
 A. **Aménagé** →
 B. Contrôle nécessaire ?
 Non Oui *Mineur **Majeur

Décision orthopédique finale
 A. Antéro-postérieure
 Dmax ← T → T → Cmx
 Dmid ← T → T → Pmad

B. Problème vertical
 Oui Non
 Excès Insuffisance
 Mineur **Majeur

C. Problème transversal
 Oui Non
 Excès Insuffisance
 Mineur **Majeur →Max ← →Mand ↔

II ORTHODONTIE

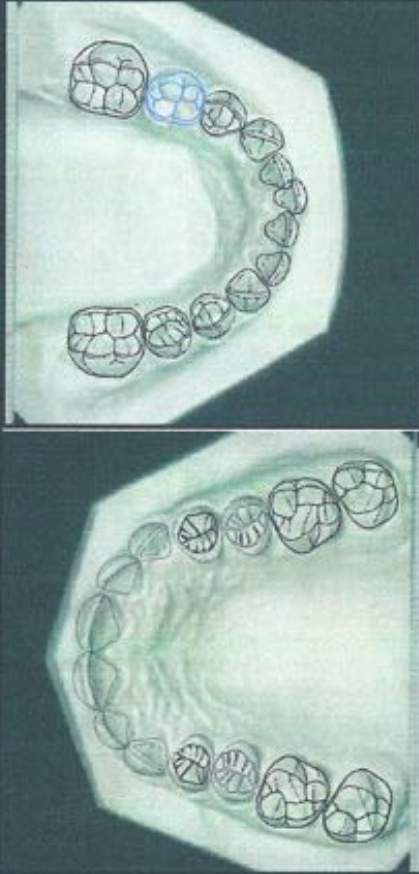
Contrôle de la denture
 (Mode Descriptif) (Objectif)
 "over" →

Type A →
 B. Y a-t-il de la place Non

D.D. SQUELETTIQUE 1 2 3
 D.D. ESTHÉTIQUE 1 2 3

CONTROLE DU POINT A

CONTROLE DU MENTON	VARIA	NORME	MESURE	DOLJ.	MESO.	BRAC.	-1mm/3A	+2mm	+5 mm	T.M.S. Rétro	←	→	Pro.
1. AXE FACIAL	0	90 °	90 °										
2. PLAN FACIAL	+1 /3ans	88 °	91 °			*		0 mm	+1 mm	+0 mm			Pro.
3. ANGLE PLAN MANDIBULAIRE	-1 /3ans	25 °	19 °			→→		0 °	22 °	25 °			Pro.
4. HAUTEUR FACIALE INFERIEURE	IND.	43.8 °	39 °			**		+1mm/age	+3mm	16 mm			Pro.
5. ARC MANDIBULAIRE	+0.5/ans	27.5 °	36 °			→→→		0	80° à 100°	81 °			Pro.
6. HAUTEUR FACIALE TOTALE	0	60 °	53 °			→→→		0 mm	-0.2mm/A	-2 mm			Pro.



1. EXAMEN CLINIQUE

DD 1(2)3

SOMMAIRE

1. DEMANDE DIFFICILE
2. PROBLEME VENTILATOIRE POTENTIEL
3. PRAXIES
4. PROBLEME D'EQUILIBRE MUSCULAIRE
5. DENTURE MOYENNEMENT DIFFICILE
6. HYGIENE FAIBLE

2.A.TM.

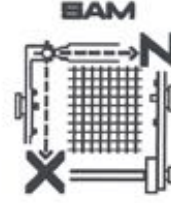
DD 1(2)3

SOMMAIRE

PROBLEME DE VERROUILLAGE POTENTIEL



M.P.I



1- AMPLITUDE DES MOUVEMENTS MANDIBULAIRES:

	CLAQUEMENT				DOULEUR
	L	R	L	R	
a- Ouverture maximale :					44 mm
b- Protrusion maximale :					9 mm
c- lateralité gauche max. :					10 mm
d- lateralité droite max. :					10 mm

TRANSVERSAL
R L
MM



IP =

RP =

DEGRE DE DIFFICULTE DU TRAITEMENT

OBJECTIF	1+	2	3
MECANIQUE	1+	2	3
FINITION	1+	2	3
CONTENTION	1	2	3
POST-CONTENTION	1	2+	3
TOTAL	1	2+	3

COOPERATION

ESTIMEE	1	2	3
NECESSAIRE	1	2	3

FACTEURS CLES

ANCRAGE
SENS TRANSVERSAL
FONCTIONS

1. RELATIONS MOL/CANINES
III IIC **IIC III**
 6 3 3 6

10. CONSTRICTION DE LA DENTURE
OUI/NON

14. DENTS MANQUANTES
OUI/NON

2. SURPLOMB 8 MM

11. 6|6 ROT **OO** INC **NN**
 6|6 ROT **NN** INC **NN**

15. PANORAMIQUE + RÉTRO-ALVEOLAIRES **OK**

3. RECOUVREMENT 80-90 %

4. BEANCE / MM

12. ENCOMBREMENT

16. ETAT PARODONTAL
ACCEPTABLE
 ADRESSER AU PARO **OUI** **NON**

5. DISTANCE 43-33 24 MM

ENCOMB. CLIN. -4 MM
 LEeway 0 MM
 ENCOMB. TOT. -4 MM

6. FORME PENTAMORPHIQUE
 DIAGNOSTIQUE **NARROW TAPERED**

17. POTENTIEL DE RESORPTION RADICULAIRE

3 3 = ~~X 1 3~~

% RACINE / COURONNE
 COURT **OK**

7. ARTICULE CROISE
OUI/NON

PB VENTILATOIRE **OUI/NON**
POTENTIEL

D _____ G

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

8. CHEMIN DE FERMETURE

D _____ G

D _____ G

9. MAXILLAIRE EN V
OUI/NON

P PETITE / **G** GRANDE / **A** ATYPIQUE / **B** BRIDGE
CO COURONNE / **S** SURNUMERAIRE / **AG** AGENESIE
EX EXTRAITE / **CA** CARIE / **TR** RACINE TRAITEE /
REC RESSION / **D** DECALCIFIEE / **ECT** ECTOPIE
F FRACTURE / **US** USURE / **M** MANQUANTE /
IM IMPACTEE / **AL** ALVEOLYSE

ESTIMATION DE LA DUREE
 DU TRAITEMENT MOIS
 TTT ACTIF MOIS

INTERCEPTION MOIS
 SUSPENSION MOIS
 PHASE II MOIS

CONTENTION MOIS

DATE DE FIN DE TTT

EXTRACTION

D _____ G

DEMANDE PAR :

DATE :

EFFECTUEE PAR :

DATE :

EXTRACTION

D _____ G

DEMANDE PAR :

DATE :

EFFECTUEE PAR :

DATE :

3. DESCRIPTION SQUELETTIQUE DD123 SOMMAIRE

CONTROLE DU MENTON

	NORM. MES.	DOL	MESO	BRACH	PROGRES
1. AXE FACIAL	90°	90°	*		
2. ANGLE FACIAL	88°	91°		*	
3. ANGLE DU PLAN MANDIBUL.	25°	19°		**→	
4. HAUTEUR FACIALE INF.	43	39°		**→	
5. ARC MANDIBULAIRE	27	36°		**	
6. HAUTEUR FACIALE TOTALE	60°	53°		**	

CONTROL DU POINT A

7. CONVEXITE	+2	+5	↔ *	↔ *	
--------------	----	----	-----	-----	--

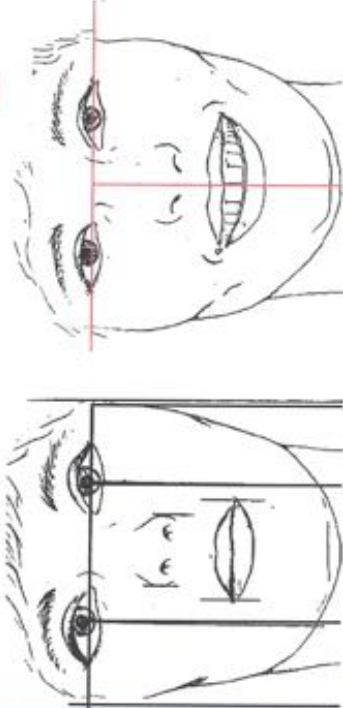

CONTROLE DE LA DENTURE

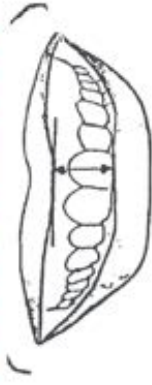
8. INC. À A-PO	+1	0	Retro ← ● →	Pro.	
9. INC. / A-PO	22°	25°	Retro ← ● →	Pro.	
10.6 A P.T.V.	15	16	Retro ← ● →	Pro.	
11. ANGLE DE MAC HARRIS	90	81°	Retro ← ● →	Pro.	
12. LEVRE INF.	-2	-2	Retro ← ● →	Pro.	

I ORTHOPEDIE ?	
Description générale	D.S. ← D ← T ← M → T → B → B.S.
Average Naturel	+ 1 2 3 4
Controle du menton	(Rotation : antérieure, postérieure)
	Non 0 Oui 0 *Mineur **Majeur
Controle du point A	A. ← maintenir →
	A. Antéro-postérieur DMX ← T ← → T → CMX
	B. Le controle est nécessaire ?
	Non 0 Oui 0 *Mineur **Majeur
	Décision orthopédique finale
	DMD ← T ← → T → PMD
	B. Probleme vertical Oui 0 Non 0
	Excés 0 Insuffisance 0
	* Mineur ** Majeur
	B. Probleme transversal Oui 0 Non 0
	Excés 0 Insuffisance 0 ↔ MX ↔
	* Mineur ** Majeur ↔ MD ↔
II ORTHODONTIE	
Controle de la denture	(Desc) (Obj)
	1. Inférieure A. B. Y a-t-il de la place ?
	2. Supérieure A. B. Y a-t-il de la place ?
	Obj) (Desc)
	Non 0

TRIANGLE D'HARVOLD

MINI ANALYSE FRONTALE

<p>1. PB HORIZONTAL OUI / NON</p> <p>POINTE DU NEZ</p> <p>PT A CUTANE</p> <p>LEVRE SUP.</p> <p>LEVRE INF.</p> <p>PT B CUTANE</p> <p>MENTON CUTANE</p> 	<p>3. PB TRANSVERSAL OUI / NON</p> <p>1. MEDIANES DENTURE / FACE</p> <p>2. MEDIANES MAX / MAND</p> <p>OK — OK</p> <p>OK — OK</p>												
<p>2. PROBLEME VERTICAL OUI / NON</p> <table border="0"> <tr> <td>A</td> <td>60</td> <td>C</td> <td>21</td> <td>E</td> <td>28</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td>60</td> <td>D</td> <td>39</td> <td>F</td> <td>32</td> </tr> </table> 	A	60	C	21	E	28	B	60	D	39	F	32	<p>6. ANGLE NASOLABIAL 110 °</p>
A	60	C	21	E	28								
B	60	D	39	F	32								



3. LIGNE DE LA LEVRE AU REPOS **45** MM

LIGNE DU SOURIRE PLEIN **12** MM

GENCIVE EXPOSEE AU SOURIRE PLEIN **3** MM

GENCIVE EXPOSEE AU SOURIRE MOYEN **0** MM

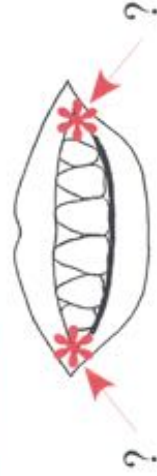
OCCLUSION LABIALE AU REPOS **SERREE** NEUTRE

BEANCE LABIALE **0** MM

4. LONGUEUR DE LA LEVRE AU REPOS **20** MM

5. EVALUATION DES INCISIVES SUPERIEURES PAR RAPPORT AU CONTOUR DE LA LEVRE INFERIEURE (SOURIRE) **MM**

CORONOPLASTIE



5. MATRICE FONCTIONNELLE

DD 1(2+3) SOMMAIRE

VOIES AERIENNES PERMEABLES **OUI / NON**
NON POURQUOI _____
ADRESSER A UN MEDECIN **OUI / NON**

MUSCULATURE PERIORALE _____ **TENDUE EN FONCTION / NEUTRE À TENDUE AU REPOS**
MASTICATRICE _____ **FORTE**
SANGLE BUCCINATRICE **1 . 2 . 3 .**

PROBLEME DE POSTURE **OUI / NON** **VOUTEE**
PROBLEME D'AMPLITUDE DE MOUVEMENT

PROBLEME: **OUI / NON**
1.A.T.M.
2.TETE
3.TETE /EPAULE
4. EPAULE/DOS

PRAXIE **OUI / NON**
SI OUI LESQUELLES
-LANGUE ,
-POUCE
-DEGLUTITION DYSFONCTIONNELLE ANTERIEURE

EVALUATIONEMG	MASSETER		TEMPORAL		SUS	
	D	G	D	G	D	G
LIGNE DE BASE						
RELAXATION SPONTANEE						
RELAXATION COMMANDEE						
DENT SERREES						
RELAXATION						

DEGRE D'AWARENESS TRAINING
P1 **A À B** _____
P2 **A** _____
P3 _____

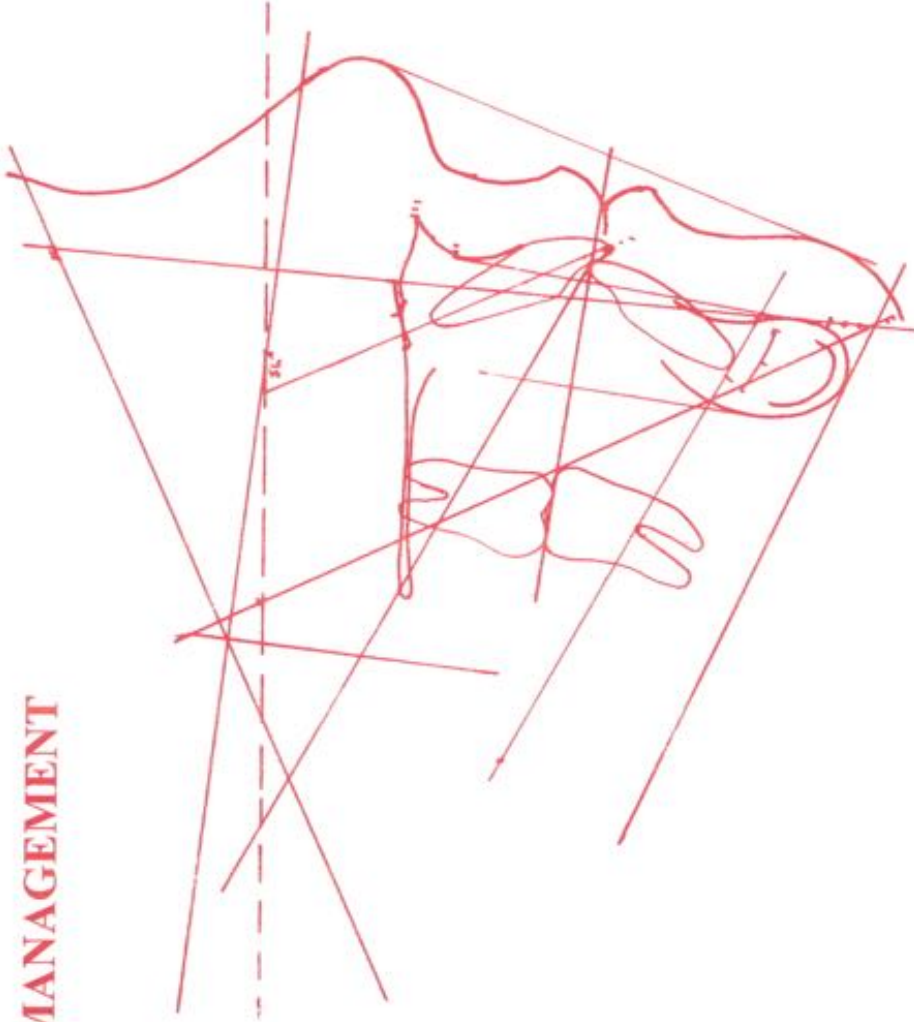
PROCEDURES D'EDUCATION INDIVIDUALISEES

SOMMAIRE DES DEGRES DE DIFFICULTES
1 (2+) 3

© C.F. GUGINO

NOM : GUES.
PRENOM : MAUDE
AGE : 11 ANS ET 10 MOIS
DATE : 30.10.95

V.T.P. DE MANAGEMENT



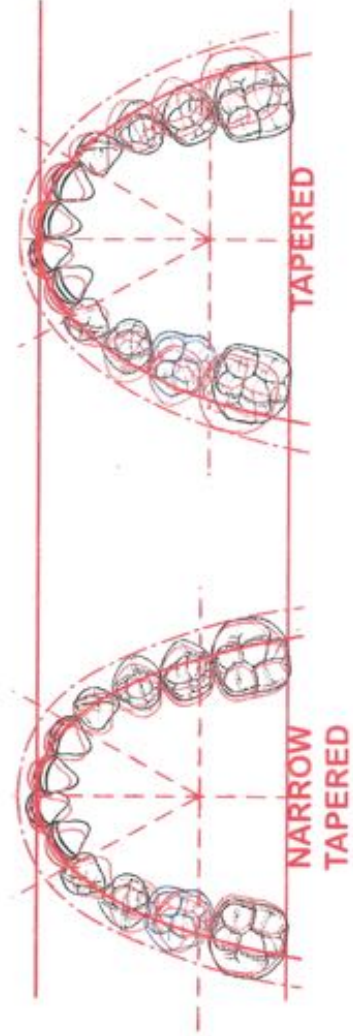
TENDANCES GENERALES

TYPOLOGIE FACIALE	:	BRACHY SEVERE
CONTROLE DU MENTON	:	NON
CONTROLE DU POINT A	:	MAINTENIR
DECISION ORTHOPEDIQUE FINALE	:	TEND. DEF. MAND.
CONTROLE DE LA DENTURE	:	
TISSUS MOUS	:	
INCISIVE INFERIEURE	:	AVANCER
MOLAIRE SUPERIEURE	:	RECULER
EVALUATION DES TISSUS MOUS	:	

ENCOMBREMENT CLINIQUE	:	- 4
ESPACE DE DERIVE	:	+ 0
ENCOMB. TOTAL DE L'ARCADE	:	- 4

ROTATION DES 36.46	:	0
VERSION DES 36.46	:	0
EXPANSION ("NARROW TAPERED")	:	+2
MODIFICATION DU POINT A	:	-2
POSITION DE INC. INF. A A-PO	:	+4
DE +0 A +2	:	0
STRIPPING -SIMPLE	:	0
- A.R.S	:	0
EXTRACTION	:	0
TOTAL	:	+0

**NATURE DE L'ANCRAGE : ANCRAGE MAXIMUM
DES 36 ET 46**



OBJECTIFS DE TRAITEMENT DD123

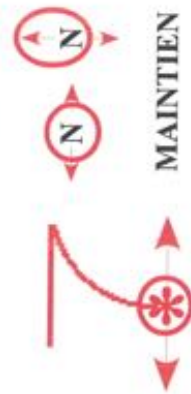
CO.CR VTO CHIRURGICALE

CROISSANCE ESTIMEE ANS
ADULTE PAS DE CROISSANCE

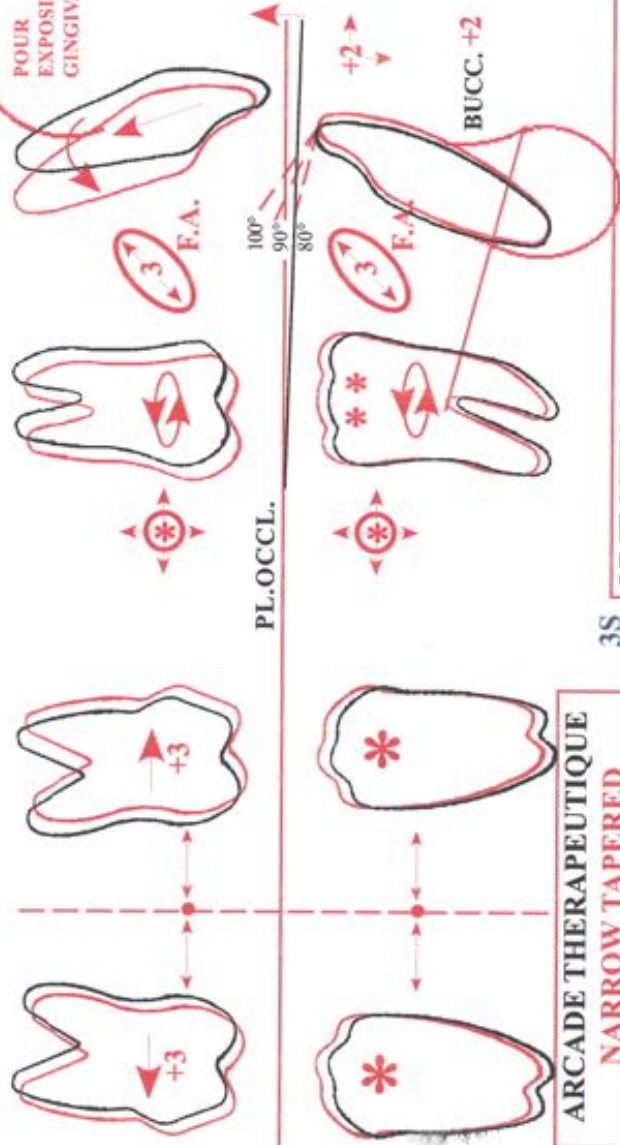
1S CONTROLE DU MENTON

2S CONTROLE DU POINT A

M.F. -0-
 ANC. NAT. +3
 ANC. MEC. -0
 R. PTA /5 NON
 CMS /3 NON
 CSUP /4 0 À 1°
 CCB / NON



4S OBJECTIFS DENTURE MAXILLAIRE



ARCATE THERAPEUTIQUE
NARROW TAPERED

TRANSVERSAL

3S OBJECTIFS DENTURE MANDIBULAIRE

© C.F. GUGINO
 NOM: / No: / COULEUR

FLUX DE TRAITEMENT

K1 AWARENESS TRAINING P1ad P2A

QUAD HELIX (EXPANSION)

+ROTATION +MODIFICATION DE

LA FORME DU MAXILLAIRE)

BB + UA + RA EL II

K2 : EVALUATION DES 21/12
(POSITION+TORQUE)

K3 : FINITIONS

K4 : CONTENTION

K1 : BB + FIL + OUA (ANCRAGE MAX)

K2 : FINITIONS

K3 : CONTENTION COLLEE

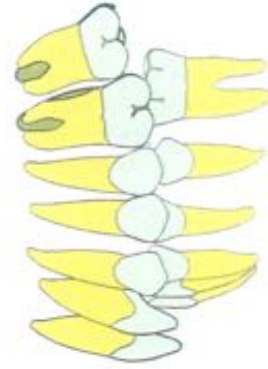
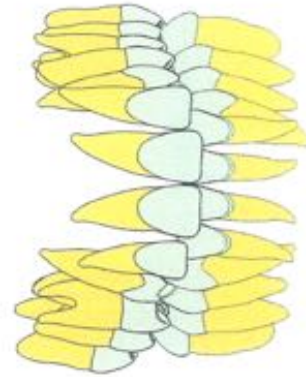
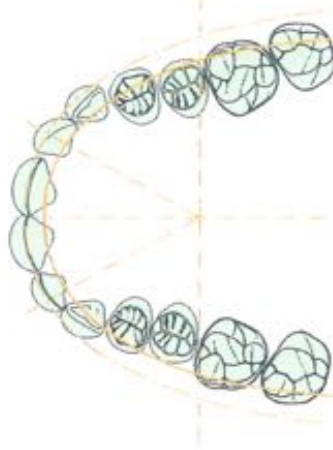
REVUE DES OBJECTIFS

- 1. FORME D'ARCADE :
- 2. ENCOMBREMENT TOTAL DE L'ARCADE : ANTERO-POSTERIEUR
- 3. ANCRAGE :

- A) ARCADE MAXILLAIRE
- B) ARCADE MANDIBULAIRE
- C) PAS D'ANCRAGE

VERTICAL

4. OBJECTIFS TRANSVERSAUX:



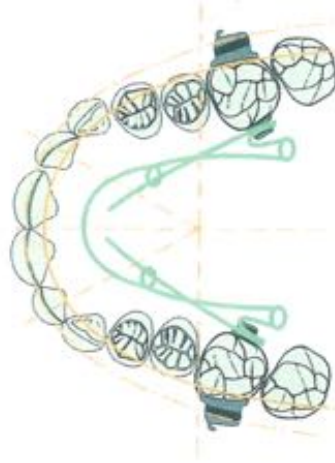
DEVERROUILLAGE

POINT CLE : OBJECTIFS TRANSVERSAUX

APPAREIL MAXILLAIRE :
APPAREIL MANDIBULAIRE :

CLE 1
CLE 1

TEMPS
DUREE
APPROX.



DEVERROUILLAGE

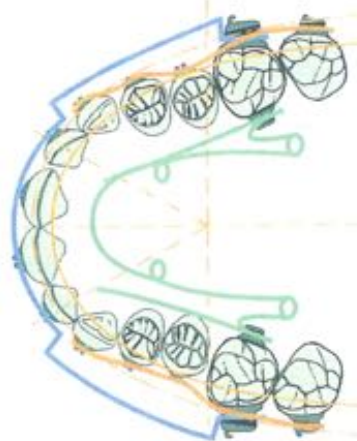
POINT CLE : OBJECTIFS TRANSVERSAUX
 POINT CLE : OBJECTIFS VERTICAUX

CLE 1
 CLE 1

APPAREIL MAXILLAIRE :
 APPAREIL MANDIBULAIRE :

TEMPS
 DUREE
 APPROX.

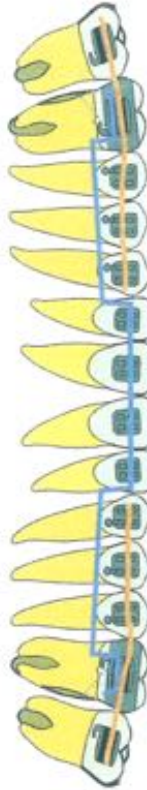
elgiloy bleu .036



elgiloy bleu
 .016x.022

«microscattalloy»
 80V g. 0116x.022

**Typodont : fil continu en
 Bio kinetix 16X16**



7 pas molaire

torque	oui non
luc in	oui non
lip back	oui non
expansion	oui non
butee	oui non
retourne	oui non
stabilisation	oui non
il f'	oui non

5 pas incisifs

torque	oui non
smile	oui non
surroundi	oui non
flair out	oui non
dist. set ant	oui non

CLE 1
CLE 1

DEVERROUILLAGE

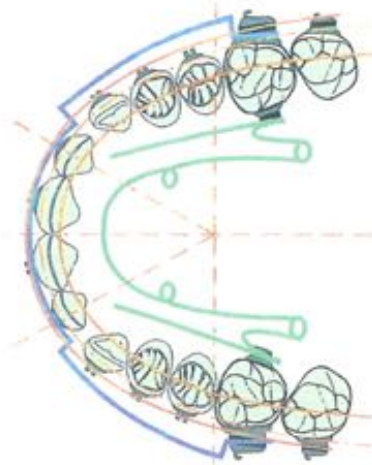
POINT CLE 2 : OBJECTIFS ANTERO-POSTERIEUR ET VERTICAL

DEGRE DE DIFFICULTE DU NIVELLEMENT EN FONCTION DES OBJECTIFS

- 1. ARC DROIT?
 - 2. ARC DROIT + ARC DE BASE EN «OVERLAY»?
 - 3. ARC DROIT + ARC DE BASE EN «PIGGY BAG»?
 - 4. SEGMENTATION?
 - 5. ART DE LA MECANIQUE-INDIVIDUALISATION?
- TYPE D'ARC DE BASE:
APPROX.

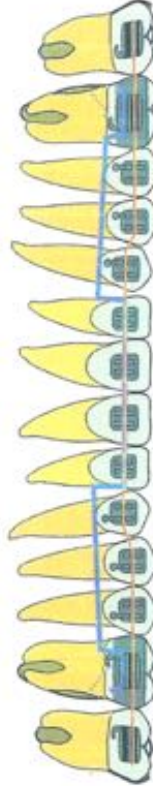
TEMPS
DUREE
APPROX.

elgiloy bleu .036



elgiloy bleu
.016x.022

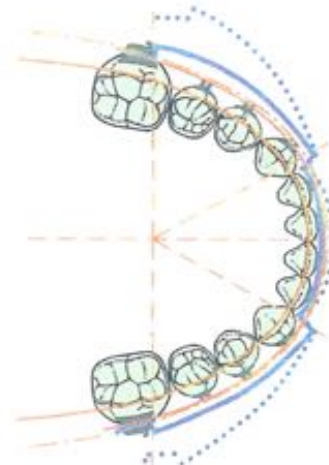
- 7 pts molaire
- torque oui non
 - toe in oui non
 - tip back oui non
 - expansion oui non
 - butée oui non
 - retourne oui non
 - stabilisation oui non
 - 11° oui non



- 5 pts incisifs
- torque oui non
 - smile oui non
 - surrarondi oui non
 - flair oui non
 - dist. set ant oui non

Fil Bio kinetix 16X16

«neocentallloy»
80g .016x.022



- 7 pts molaire
- torque oui non
 - toe in oui non
 - tip back oui non
 - expansion oui non
 - butée oui non
 - retourne oui non
 - stabilisation oui non
 - 11° oui non



- 5 pts incisifs
- torque oui non
 - smile oui non
 - surrarondi oui non
 - flair oui non
 - dist. set ant oui non

elgiloy bleu
.016x.016

«BIOKINETIX»
.016x.022

OBJECTIF:

DANS LES SENS:

1. TRANSVERSAL

2. ANTERO-POSTERIEUR

3. VERTICAL

DEVERROUILLAGE DE LA DENTURE

CLE 1
CLE 1

DEVERROUILLAGE

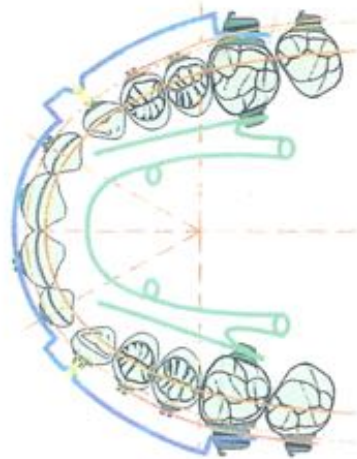
POINT CLE 2 : OBJECTIFS ANTERO-POSTERIEUR ET VERTICAL

DEGRE DE DIFFICULTE DU NIVELLEMENT EN FONCTION DES OBJECTIFS

- 1. ARC DROIT?
- 2. ARC DROIT + ARC DE BASE EN «OVERLAY»?
- 3. ARC DROIT + ARC DE BASE EN «PIGGY BAG»?
- 4. SEGMENTATION?
- 5. ART DE LA MECANIQUE-INDIVIDUALISATION?

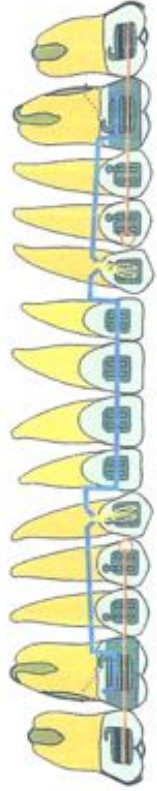
TEMPS
DUREE
APPROX.

elgiloy bleu .036



elgiloy bleu
.016x.022

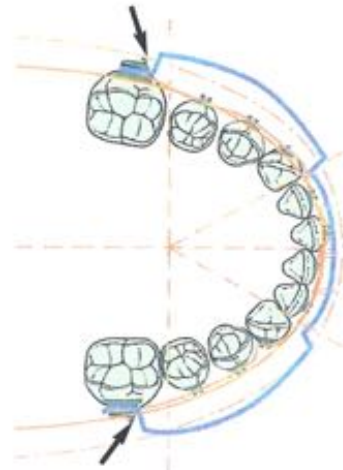
- 7 pts molaire
- torque
 - toe in
 - tip back
 - expansion
 - butée
 - retourne
 - stabilisation
 - 11°



5 pts incisifs

- torque
- smile
- surrondri
- flair out
- dist. set ant

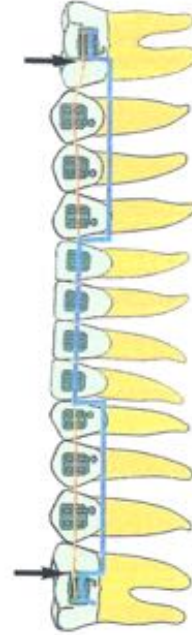
«elgiloy bleu»
.016x.022



7 pts molaire

- torque
- toe in
- tip back
- expansion
- butée
- retourne
- stabilisation
- 11°

elgiloy bleu
.016x.016



5 pts incisifs

- torque
- smile
- surrondri
- flair out
- dist. set ant

«necessentiloy»
80g .016x.022

OBJECTIF :

DANS LES SENS:

1. TRANSVERSAL

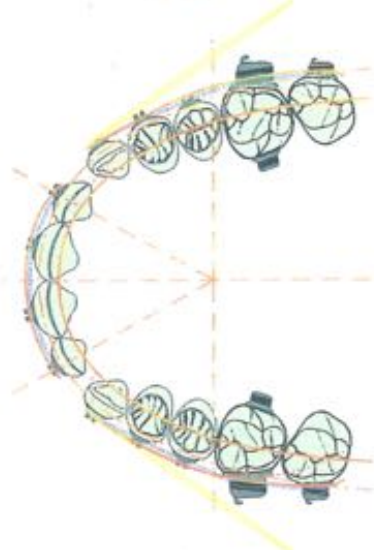
2. ANTERO-POSTERIEUR

3. VERTICAL

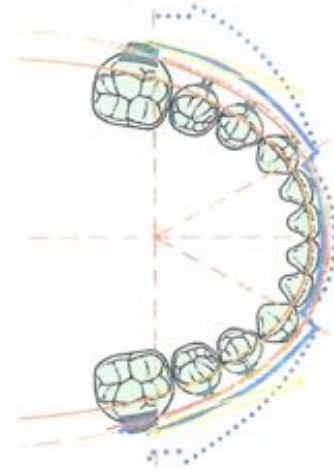
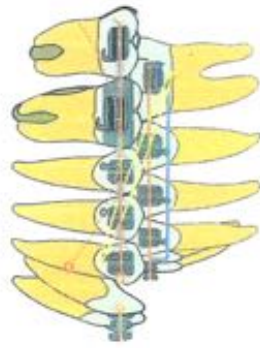
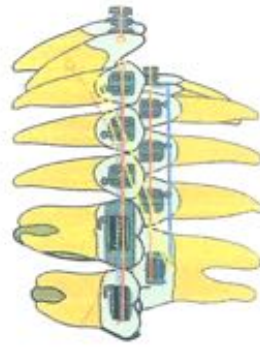
DEVERROUILLAGE DE LA DENTURE

1. LE NIVELLEMENT
2. LA CORRECTION DE LA CLASSE II
3. LA SUR-CORRECTION DE LA CLASSE II

Typodont : conserver l'arc de base



«elgiloy bleu »
.016x.022

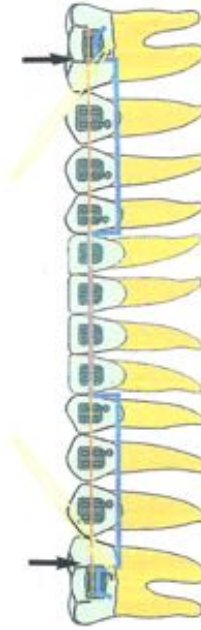


elgiloy bleu
.016x.016

7 pas molaire
 torque oui non
 toe in oui non
 tip back oui non
 expansion oui non
 butée oui non
 ressorts oui non
 stabilisation oui non
 11°

5 pas incisifs
 torque oui non
 suite oui non
 serrage oui non
 flair oui non
 dist. set ant oui non

«biolastic »
.016x.022



Typodont : 16X22 acier continu (y compris 37,47)

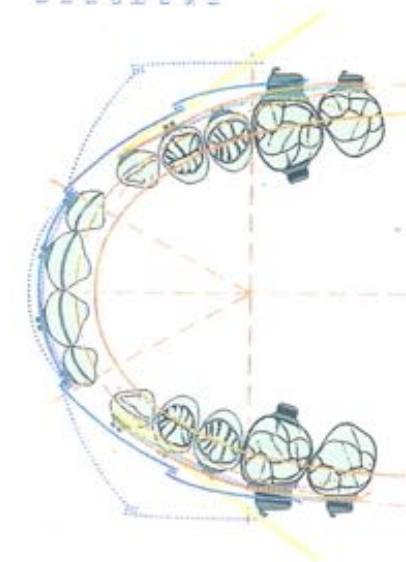
A L'ARCADE INFÉRIEURE ET A L'ARCADE SUPÉRIEURE:
ÉVALUER LES OBJECTIFS DE POSITIONNEMENT DES 21/12
(TORQUE ET DÉPLACEMENT ANTERO-POSTÉRIEUR)

TEMPS
DUREE
APPROX.

1.C.T.U.A.? 2.T.C.U.A.? 3.INDIVIDUALISATION 4.ELASTIQUES DE CLASSE II

«elgiloy bleu »
.016x.022

«elgiloy bleu »
.016x.016

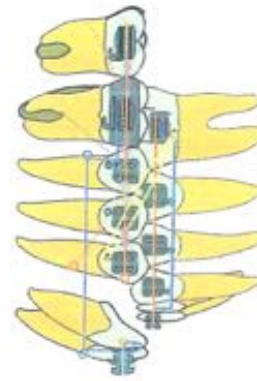
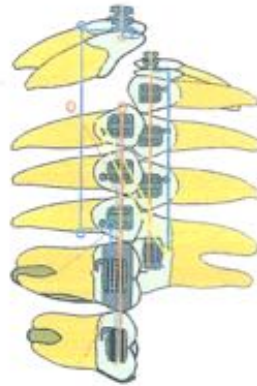
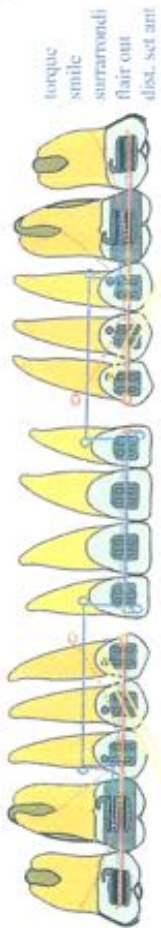


«elgiloy bleu »
.016x.016

7 pcs molaire
oui non
oui non
oui non
oui non
oui non
oui non
oui non
oui non
oui non
oui non

5 pcs incisifs
oui non
oui non
oui non
oui non
oui non
oui non

torque
smile
surrarrondi
flair out
dist. set ant



7 pcs molaire
oui non
oui non
oui non
oui non
oui non
oui non
oui non
oui non
oui non
oui non

5 pcs incisifs
oui non
oui non
oui non
oui non
oui non
oui non

torque
smile
surrarrondi
flair out
dist. set ant



elgiloy bleu
.016x.016

«biolastic »
.016x.022

Typodont : 16X22 acier continu (y compris 37,47)

OBJECTIFS DE LA FIN DE LA CLE 2

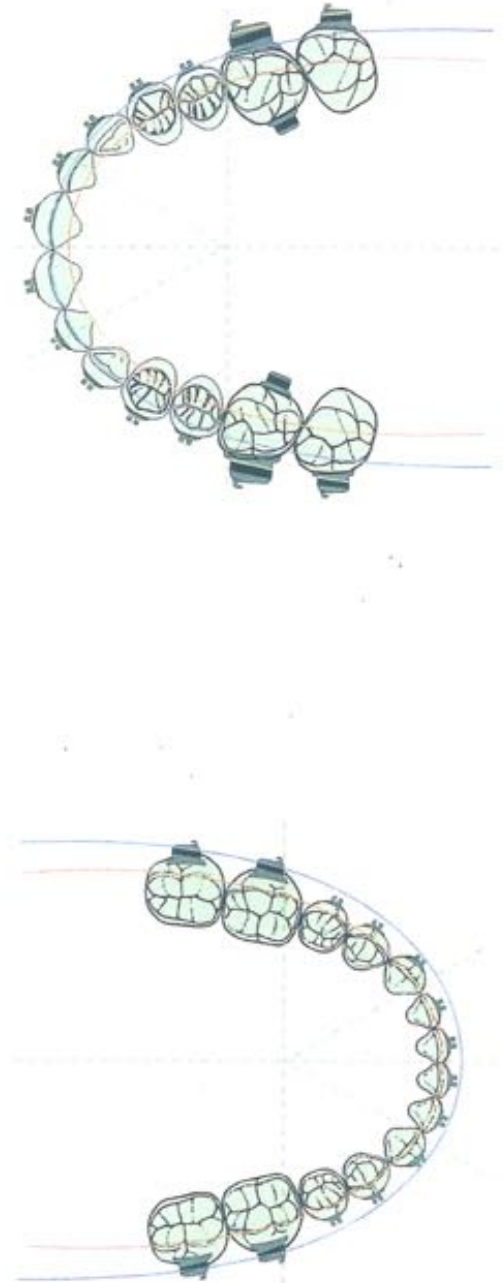
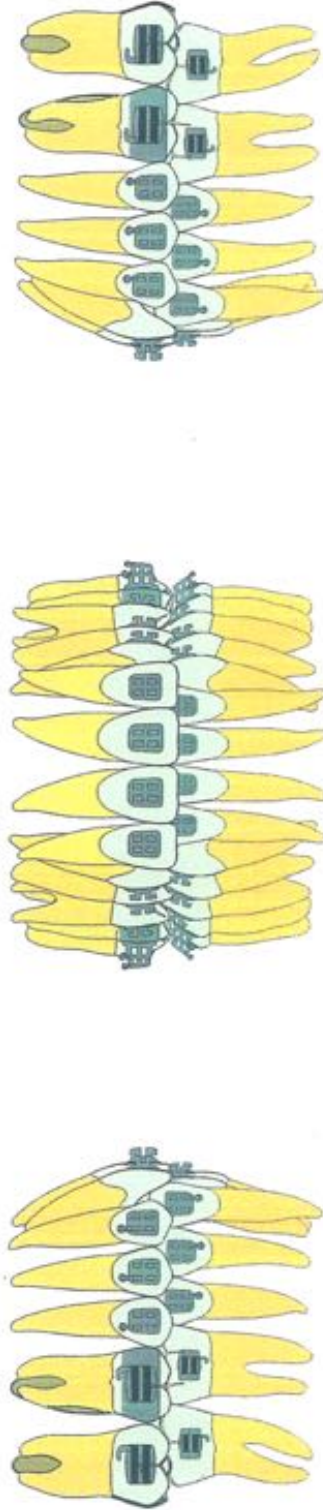
1. SURCORRECTION
2. TORQUE DES 21/12 CONFORME AUX OBJECTIFS



CLE 3
CLE 2

POINT CLE 1 :
 DETAILLER UNE OCCLUSION ORTHODONTIQUE
 IDEALE ET FONCTIONNELLE
 POINT CLE 2 :
 NE PAS REVERROUILLER L'OCCLUSION

1. MULTIBAGUE?
2. ELASTO-FINISSEUR?

TEMPS
DUREE
APPROX.



 <p>FRANCE ELASTODONTIE 12, Rue des Tisserands BP 53 144 35831 BETTON CEDEX Tel : 02 99 55 75 33</p>	<p>Cachet du Praticien</p>	<p>Date d 'envoi (laboratoire) _____</p> <p>N° Code (laboratoire) _____</p> <p>Date de livraison Appareil _____</p>	<p>Médianes Dentaires</p> <p>Actuelle : _____</p> <p>Objectif : _____</p> <p>mm : ← _____ → mm : _____</p> <p>mm : ← _____ → mm : _____</p> <p>9</p>	<p>Information pour le SET UP</p> <p>Pas de SET UP <input type="checkbox"/></p> <p>Faire un SET UP sur toutes les Dents <input type="checkbox"/></p> <p>Faire un SET UP sur les Dents Cercelées <input type="checkbox"/></p> <p>8 7 6 5 4 3 2 1 1 2 3 4 5 6 7 8</p> <p>8 7 6 5 4 3 2 1 1 2 3 4 5 6 7 8</p> <p>10</p>
<p>Patient : NOM : _____ Prénom : _____</p> <p>Malocclusion Initiale : _____</p> <p>Réservé au Laboratoire</p>		<p>Angle incisives inférieures / Mac Horris</p> <p>Actuel : _____</p> <p>Objectif : _____</p> <p>11</p> 		<p>Position incisives inférieures</p> <p><input type="checkbox"/> Maintenir</p> <p><input type="checkbox"/> Avancer _____ mm</p> <p><input type="checkbox"/> Reculer _____ mm</p> <p>12</p>
<p>1</p> <p>Coulées Empreintes <input type="checkbox"/> Montage SAM Bas <input type="checkbox"/> Montage SAM Haut et Bas <input type="checkbox"/></p> <p>2</p> <p>Réglage SAM : Angle de BENETT : 5° <input type="checkbox"/> 30° <input type="checkbox"/> 40°</p> <p>Autre : _____</p> <p>3</p>		<p>Plan occlusal inférieur</p> <p>Courbe de Wilson <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/> 12</p> <p>Courbe de Spee <input type="checkbox"/> Courbe Plate</p> <p>13</p>		<p>Largeur d'Arcade</p> <p>Supérieure <input type="checkbox"/> Inférieure <input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/> Maintenir <input type="checkbox"/> Maintenir</p> <p><input type="checkbox"/> Diminuer <input type="checkbox"/> Diminuer</p> <p><input type="checkbox"/> Augmenter <input type="checkbox"/> Augmenter</p> <p>14</p>
<p>Cires Jointes :</p> <p><input type="checkbox"/> Position de Référence</p> <p><input type="checkbox"/> Occlusion Habituelle</p> <p><input type="checkbox"/> Cire de Construction 5</p> <p>Agénésies ?</p> <p>Espaces à conserver ?</p> <p>8 7 6 5 4 3 2 1 1 2 3 4 5 6 7 8</p> <p>8 7 6 5 4 3 2 1 1 2 3 4 5 6 7 8</p> <p>6</p>		<p>Forme d'Arcade (Pentamorphique)</p> <p><input type="checkbox"/> Normale</p> <p><input type="checkbox"/> Tapered</p> <p><input type="checkbox"/> Narrow Tapered</p> <p><input type="checkbox"/> Ovoïde</p> <p><input type="checkbox"/> Narrow Ovoïde</p> <p>15</p>		<p>Gestion des Espaces</p> <p><input type="checkbox"/> Fermer tous les espaces</p> <p><input type="checkbox"/> Fermer le plus possible</p> <p><input type="checkbox"/> Laisser espaces pour : N° _____</p> <p><input type="checkbox"/> Faire un Wax Up sur N° _____</p> <p>16</p>
<p>7</p> <p>Faire Maquette Cire</p> <p>Pour les dents permanentes (à cercler)</p> <p>8 7 6 5 4 3 2 1 1 2 3 4 5 6 7 8</p> <p>8 7 6 5 4 3 2 1 1 2 3 4 5 6 7 8</p>		<p>Ingression Supérieure _____ mm</p> <p>Ingression Inférieure _____ mm</p> <p>17</p>		<p>Egression Supérieure _____ mm</p> <p>Egression Inférieure _____ mm</p> <p>18</p>
<p>8</p> <p>Cercler les Dents pour :</p> <p>Débaguez toutes les Dents <input type="checkbox"/></p> <p>Attaches à conserver <input type="checkbox"/></p> <p>Attaches à Placer <input type="checkbox"/></p>		<p>Recouvrement Antérieur _____ mm</p> <p>Surplomb Antérieur _____ mm</p> <p>19</p>		<p>Torque _____ °</p> <p>Version _____ °</p> <p>20</p>

SURCORRECTION VESTIBULO/LINGUALE

Indiquer par une flèche :
 -Le sens (vestibulaire ou lingual) de surcorrection
 -L'amplitude en mm

EXEMPLE :

1 mm

21

Type d'Appareil à Réaliser

ELASTO-OSAMU Arc Interne d'expansion

ELASTO-ALIGNEUR Arc Externe FEO

ELASTO-FINISSEUR Arc de contention

ELASTO-POSITIONNEUR Bracketts

24

Events

Dureté du Matériau

Ferme (1 à 2 mm)

Moyenne (2 à 3 mm)

Souple (3 à 4 mm)

25

SURCORRECTION VERTICALE

Indiquer par une flèche :
 -Le sens de surcorrection
 -L'amplitude en mm

22

NOTES :

26

SURCORRECTION ANTERO-POSTERIEURE A PARTIR DU SET UP CORRIGER = CLASSE I SUR M.P.V.

VERS LA CLASSE III : _____ MM

VERS LA CLASSE II : _____ MM

DESCENTE CONDYLIEUNE : _____ MM

(EN MOYENNE 2 MM)

23

Signature du praticien (obligatoire)







SUPERPOSITIONS

NOM : GUES.
PRENOM : MAUDE
AGE : 11 ANS ET 10 MOIS
DATE DTT : 30.10.95
DATE FIN TTT : 10.10.97

