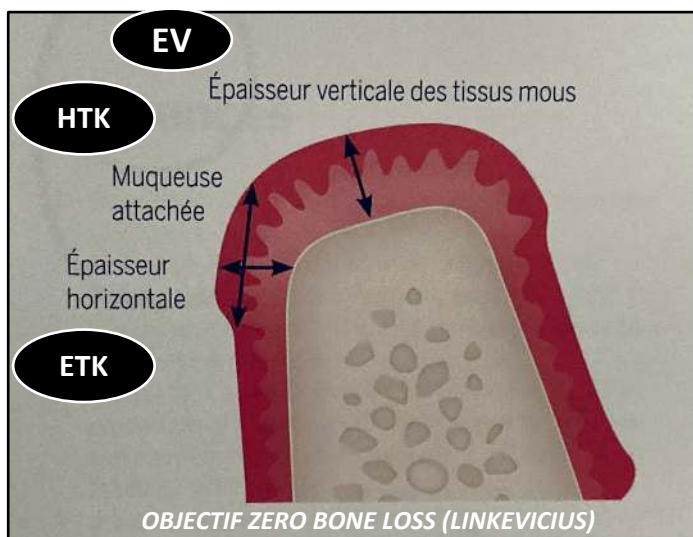


CHECK LIST PREIMPLANTAIRE TISSUS MOUS PERIMPLANTAIRE v3



Nom :
Tél :
Date :
Biotype :
Implants :

GREFFE OSSEUSE

Type :
Déplacement LMG :
Greffe épithélio avant :

ETK

EPAISSEUR TISSU KERATINISE

Valeur idéale :
> 2 mm
(Zucchelli et al. 2019)

Evaluation initiale :

Clinique :
Concavité :

Augmentation:

GCE 1 temps :
GCE 2^e temps :

Evaluation finale :

Clinique :

HTK

HAUTEUR TISSU KERATINISE

Valeur idéale :
> 2 mm
(Tavelli et al. 2020)

Evaluation initiale :

Clinique :
LMG :

Augmentation:

LDA :
GEC :

Evaluation finale :

Clinique :

EV

EPAISSEUR VERTICALE

Valeur idéale :
> 3 mm
(Avila-Ortiz et al. 2020)

Evaluation initiale :

Radio :
CBCT :
Clinique :

Augmentation:

Enfouissement :
Ecrêtage :
Piquet tente :
Mucograft :

	T0	Mise en fonction	6 mois	12 mois	18 mois	24 mois
EV						
HTK						
ETK						
PERTE OSSEUSE						