CHECK LIST PRÉVENTION DE LA PÉRI-IMPLANTITE CFX IVRY V1

DATE	ETIQUETTE PATIENT	TRAÇABILITÉ IMPLANT
N° DENT		

FACTEURS DE RISQUE		OUI ☐ NON ☐		OUI ☐ NON ☐		OUI ☐ NON ☐		OUI ☐ NON ☐		OUI ☐ NON ☐		OUI ☐ NON ☐
	CONTRÔLE DE PLAQUE :		RÉGULARITÉ MAINTENANCE :		INTOXICATION TABAGIQUE :		ANTÉCÉDENT DE PARODONTITE :		ÉQUILIBRE DU DIABÈTE :		MUQUEUSE PÉRI-IMPLANTAIRE :	

RADIOS

DATES	POSE														
STH Épaisseur verticale															
KMW Hauteur tissu kératinisé															
MT Épaisseur vestibulaire															
EMBRASURES Taille brossette Mésial / distal															
SONDAGE Vestibulaire Palatin / lingual															
INDICE DE SAIGNEMENT															
INDICE DE PLAQUE															