

**1. INFORMATION CLIENT/PRATICIEN & DOSSIER PATIENT**

Code client (voir BL/Facture) : .....

Nom du praticien (ayant rencontré le dysfonctionnement) : .....

ID Patient : .....

**2. TRACABILITE ATTENTION : les gouttières doivent être renvoyés nettoyés, décontaminés et stérilisés**

Référence : ..... Lot ou N° de cas : ..... Date de chirurgie : .....

Type de planification :  Mise en occlusion standard  Planif clé en main  Pré-planif 3D  Fichiers STL prêts à l'emploi

**3. TYPE DE DYSFONCTIONNEMENT : cocher les valeurs applicables pour les gouttières concernées**

**GINI = Gouttière Initiale / GINT = Gouttière intermédiaire / GFIN = Gouttières finale**

Casse de la gouttière  Aucune  Oui GINI  Oui GINT  Oui GFIN

Déformation de la gouttière  Aucune  Oui GINI  Oui GINT  Oui GFIN

Si Oui, préciser le protocole de sté : .....

Non adéquation gouttière/dents  Aucune  Oui GINI  Oui GINT  Oui GFIN

Mouvements impossibles à réaliser  Aucune  Oui GINI  Oui GINT  Oui GFIN

Gouttière trop rétentive  Aucune  Oui GINI  Oui GINT  Oui GFIN

Gouttière pas assez rétentive  Aucune  Oui GINI  Oui GINT  Oui GFIN

Epaisseur de la gouttière inadéquate  Aucune  Oui GINI  Oui GINT  Oui GFIN

Si Oui, préciser : .....

Design/Forme de la gouttière  Aucune  Oui GINI  Oui GINT  Oui GFIN

Si Oui, préciser : .....

Mouvements réalisés par Global D non conformes au plan de traitement fourni :  Non  Oui

Erreur dans le plan de traitement fourni  Non  Oui

1<sup>er</sup> temps opératoire inversé (bimax)  Non  Oui

Occlusion finale proposée inadaptée  Non  Oui

Si Oui, préciser : .....

**4. SITUATION PRE-OPERATOIRE**

Prise d'occlusion initiale :  Cire  Scan intra-oral  Scanner / CBTC

Position prise d'occlusion initiale :  Recul mandibulaire maximum  ORC

Occlusion de convenance  Autre

Empreintes en stricte neutralité orthodontique  Non  Oui

Modification de l'environnement occlusal entre la prise d'empreinte et l'intervention ?  Non  Oui

Pathologie crânio-faciale et/ou anomalie dentaire éventuellement associée à la dysmorphose (fente, agénésie etc.)  Non  Oui, préciser :

.....

Autre situation connue :  Non  Oui, préciser : .....

.....

**5. INFORMATIONS CHIRURGICALES CONCERNANT LE JOUR DE L'OPERATION : cocher les valeurs applicables**

Ostéotomie bimaxillaire  OSBM  Lefort I  Autre :

Informations complémentaires (geste chirurgical complémentaire, extraction dentaire prévue, etc.)  Non  Oui, préciser : .....

**6. COMMENTAIRES**