

**Nom**

Date de naissance

**Prénom**

Indice de difficulté

**Type de documents**
**A**
**A1**
**B**

Dates (JJ/MM/AAAA)

**Traitement en une phase**
**Phase 1**
**Phase 2**

Date de début (JJ/MM/AAAA)

**OU**

Date de fin (JJ/MM/AAAA)

**Anamnèse et Etiologie**

600 signes max

**Diagnostic Squelettique**

350 signes max

**Diagnostic Dentaire**

600 signes max

**Diagnostic Esthétique**

350 signes max

## OBJECTIFS DU TRAITEMENT

**Maxillaire**

180 signes max

**Mandibulaire**

180 signes max

## OBJECTIFS DENTAIRES

**Maxillaire** Antérieur-Postérieur

180 signes max

**Maxillaire** Vertical

180 signes max

**Maxillaire** Transversal

90 signes max

**Mandibulaire** Antérieur-Postérieur

180 signes max

**Mandibulaire** Vertical

180 signes max

**Mandibulaire** Transversal molaire/canines

180 signes max

## OBJECTIFS ESTHÉTIQUES

250 signes max

## PLAN DE TRAITEMENT

1 100 signes max

## APPAREILS ET SEQUENCES

900 signes max

## RESULTATS OBTENUS

**Maxillaire** (dans les trois plans)

180 signes max

**Mandibule** (dans les trois plans)

180 signes max

**Denture Maxillaire** Antérieur-Postérieur

180 signes max

**Denture Maxillaire** Vertical

180 signes max

**Denture Maxillaire** Dimension Transversale

90 signes max

**Denture Inférieure** Antérieur-Postérieur

180 signes max

**Denture Inférieure** Vertical

180 signes max

**Denture Inférieure** Transversal et Inter-canines

150 signes max

**Equilibre Facial**

250 signes max

**CONTENTION (après 2 ans)**

600 signes max

**EVALUATION DU TRAITEMENT**

1 100 signes max