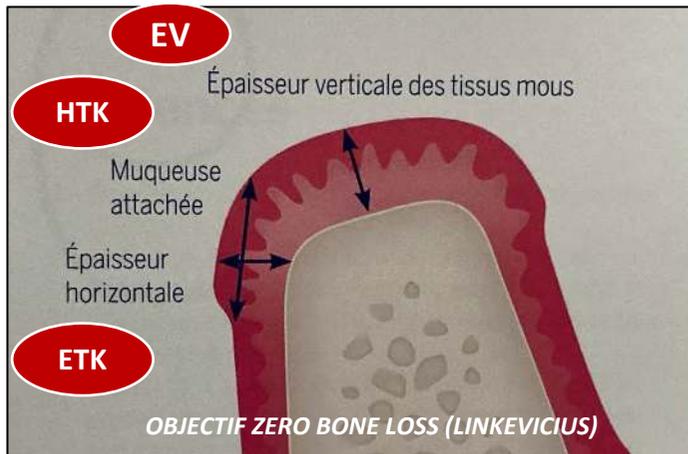
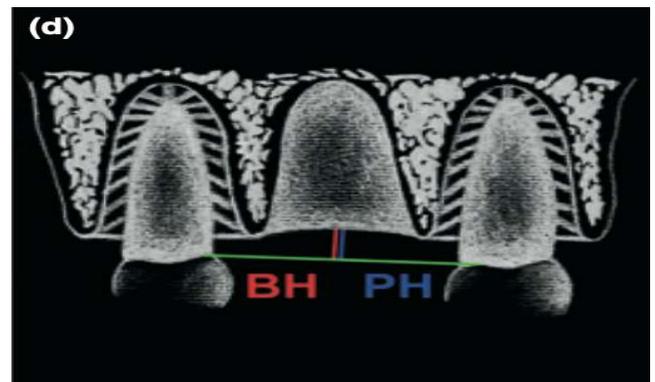
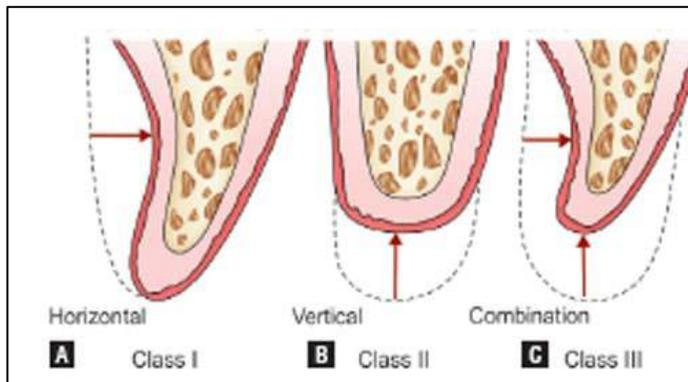


# CHECK LIST PREIMPLANTAIRE CONSULTATION MGPI v4



**ETIQUETTE PATIENT**

**Identification implant  
(1 implant par fiche) :**



**DEFICIT OSSEUX  
CLASSIFICATION DE SEIBERT 1983**

classe 1     classe 2     classe 3

**RESORPTION VERTICALE  
MESURE CLINIQUE (SPINATO 2014)**

BH =                      PH =

**ETK**

**EPAISSEUR TISSU  
KERATINISE**

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

**Evaluation initiale :**

Clinique :  
Concavité :  
Pérop :

**Augmentation:**

Pas d'augmentation  
 GCE 1er temps  
 GCE 2<sup>e</sup> temps

**HTK**

**HAUTEUR TISSU  
KERATINISE**

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

**Evaluation initiale :**

Clinique :  
(Sommet crête – LMG)  
LMG :

**Augmentation:**

Pas d'augmentation  
 LDA 2<sup>e</sup> temps  
 GEC pré implantaire

**EV**

**EPAISSEUR  
VERTICALE**

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

**Evaluation initiale :**

Radio :  
CBCT :  
Pérop :

**Augmentation:**

Pas d'augmentation  
 Enfouissement  
 Mucograft