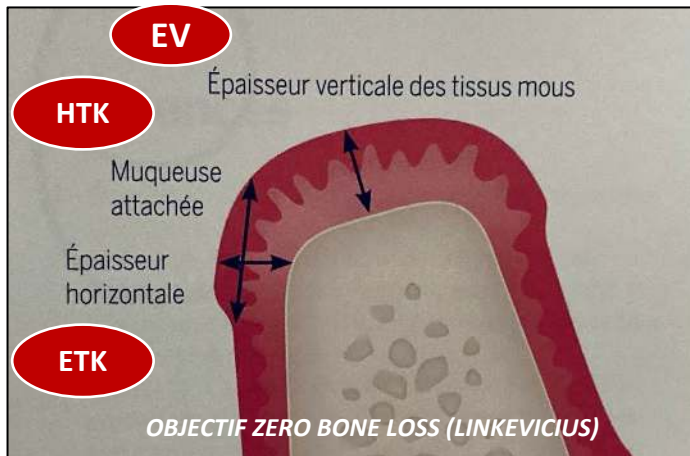
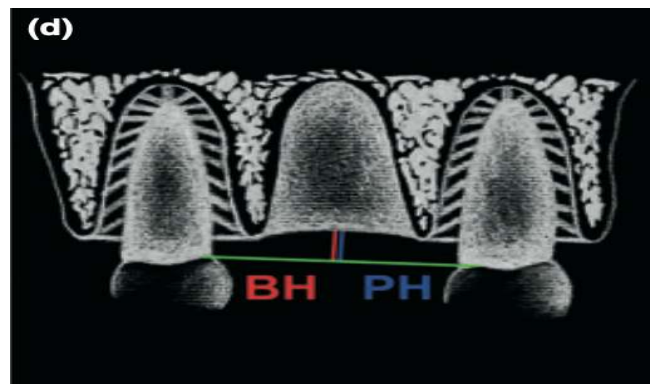
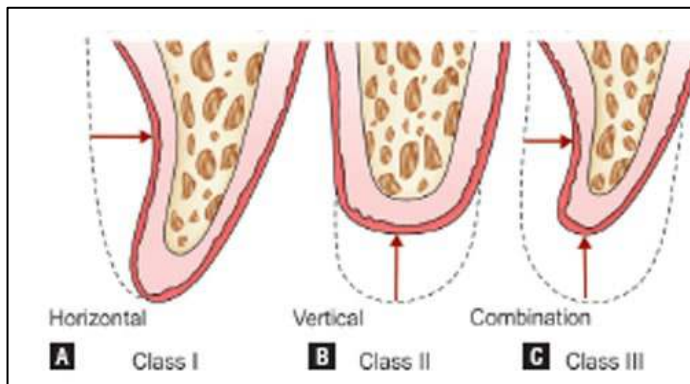


CHECK LIST PREIMPLANTAIRE CONSULTATION MGPI v4



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^e 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^e 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