

PRESCRIZIONE E PROGETTAZIONE CLINICA DI
DISPOSITIVO MEDICO SU MISURA PER TERAPIA ORTODONTICA

DESTINATARIO


di Manuela Tromba e Massimo Falcone s.n.c.
Realizzazioni tecnico-ortodontiche
Via P. da Palestrina, 4 - 34133 TRIESTE
Tel. e Fax 040 391 237
COD.FISC./PIVA/N°CCIAA di Trieste 01059560324 N°REA 121509
Reg. Min. San. ITCA01054764



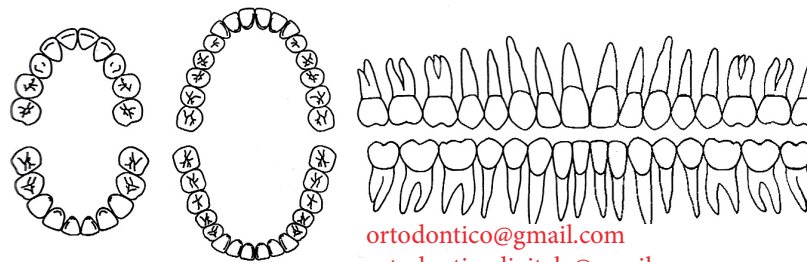
MITTENTE - STUDIO RICHIEDENTE SE DIVERSO DAL
PRESCRITTORE

Indirizzo

CAP e Città

Telefono

N° Iscr.ne all'Albo



ortodontico@gmail.com
ortodonticodigitale@gmail.com



www.ortodontico.eu

SI RICHIEDE PER IL PAZIENTE		CODICE
NATO IL	SESSO ☐ F ☐ M	NOTE SUL PAZIENTE

IMPRONTE: ☐ Sup. ☐ Inf. ☐ Disinfettate	☐ Digitali ☐ Sup. ☐ Inf.
materiale impronte: ☐ Alginato ☐ Elastomero ☐ Silicone	
CERE: ☐ Rel. Abituale ☐ Rel. Centrica	SI ALLEGA: ☐ Modelli ☐ Rif. Cefalometrici
☐ Morso di costruzione ☐ Arco Facciale	☐ Bande ☐ Attacchi
☐ Morso Digitale	☐ Altro

☐ MODELLI STUDIO	☐ MODELLI IN OCCLUSIONE	☐ DUPLICATURA
☐ MODELLI LAVORO	☐ MODELLI DIGITALI	☐ MODELLI ZOCCOLATI
☐ MODELLO PROTOTIPATO	☐ SUPERIORE ☐ INFERIORE	☐ SCANSIONE

REALIZZAZIONE DEL DISPOSITIVO MEDICO TIPO:	☐ SUPERIORE ☐ INFERIORE
COLORE	

EVITANDO L'USO DELLE SEGUENTI SOSTANZE:

TERMOSTAMPATI:	
MASCHERINA SUPERIORE ☐	TIPO ☐ SPESSORE ☐
MASCHERINA INFERIORE ☐	TIPO ☐ SPESSORE ☐

CARATTERISTICHE SPECIFICHE DI PROGETTAZIONE:			
MOLLE	ARCHI	VITI	GANCI
GRIGLIA	SCUDI	PIANI DI RIALZO ☐ ANT. ☐ POST.	
		PIANO AVANZAMENTO ☐	
RIPARAZIONE	MODIFICA	RIADATTAMENTO	

ATTIVATORE ELASTICO PER INTERCETTIVA	
MATERIALE:	☐ SILICONE ☐ VINILICO
AUSILIARI:	☐ TRAZIONI
SET-UP:	☐ COMPLETO N° ☐ DENTI
	☐ PARZIALE (indicare denti da spostare) DA ☐ A ☐

☐ CLEAR ALIGNER 	☐ DIGITAL 
N° STEP ☐ SUP. SET-UP DA ☐ A ☐	N° STEP ☐ INF. SET-UP DA ☐ A ☐
N° MINISTEP ☐ SUP. SET-UP DA ☐ A ☐	N° MINISTEP ☐ INF. SET-UP DA ☐ A ☐
AUSILIO DI ☐ RITENZIONI ☐ POWER GRIP SU ☐	
MASCHERINA DI TRASFERIMENTO ☐ DOPPIA ☐ SINGOLA ☐ SUP. ☐ INF.	
☐ ALTRI ELEMENTI AUSILIARI	

ORTODONZIA FISSA REALIZZATA IN LABORATORIO:	
☐ BANDE	SU: ☐
☐ BANDE CUSTOMIZZATE	
☐ ATTACCHI DA PUNTARE TIPO ☐ VEST. ☐ LING.	SU: ☐
TUBI DA PUNTARE TIPO ☐	
☐ ATTACCHI DIRETTI TIPO ☐ VEST. ☐ LING.	SU: ☐
☐ TUBI DIRETTI TIPO ☐	
☐ BOTTONI-CLEATS DA PUNTARE ☐ VEST. ☐ LING.	SU: ☐
☐ BOTTONI-CLEATS DIRETTI ☐	
☐ DIMA	PER 2 IMPIANTI ☐
	PER 4 IMPIANTI ☐

CONSEGNA	
DATA ☐	ORA ☐ FASCICOLO TECNICO N° ☐
(assegnato dal laboratorio)	
SI DESIDERA ESSERE CHIAMATI PER QUESTO CASO ☐ ☐ PREVENTIVO	

Dal 26 maggio 2021, il dispositivo verrà fornito rispettando gli adempimenti del regolamento europeo sui dispositivi medici 745/2017.
Il trattamento dei dati del paziente dovrà rispettare i disposti del Decreto Legislativo 101/18.

TIMBRO E FIRMA DEL PRESCRITTORE

DATA DI PRESCRIZIONE ☐

☐ DOCUMENTO PRODOTTO MEDIANTE
SISTEMA AUTOMATIZZATO