



© 2009

DOSSIER ORTHODONTIQUE ©

Patient(e) : _____

Date de naissance : _____

Age : _____

Docteur(e): _____

BIENVENUE À NOTRE CLINIQUE

Nous avons besoin des informations suivantes pour évaluer votre problème orthodontique durant votre visite initiale. Nous avons besoin d'un dossier médical et dentaire complet afin de diagnostiquer toute anomalie. Ces renseignements sont importants pour nos dossiers et votre santé : de plus, ils sont confidentiels. S'il vous plaît, encercler les réponses appropriées lorsque indiquées.

Merci de votre collaboration.

NOM _____ ÂGE _____ DATE DE NAISSANCE _____ DATE :

ADRESSE _____ VILLE _____ CODE POSTAL _____

TÉLÉPHONE : Résidence : _____ Bureau : _____ FAX : _____ Cell. : _____
Email : _____

Nom du parent responsable des honoraires _____

Accompagné de : mère, père, autre _____ Référé par _____

Occupation ou niveau scolaire _____ Passe-temps préféré : _____

Avez-vous de l'assurance dentaire couvrant les traitements orthodontiques? Oui _____ non _____

Si oui, par quelle compagnie? _____

STATUT FAMILIAL :

Jumeau (jumelle) oui _____ non _____ Nombre de frère(s) _____ sœur(s) _____

Nom du père : _____ Vivant : oui _____ non _____

Nom de la mère : _____ Vivante : oui _____ non _____

Autres membres de la famille avec des problèmes orthodontiques? Non ___ Oui ___ (Père ___ Mère ___
Frère ___ Sœur ___ Autres ___)

STATUT MATRIMONIAL DE LA FAMILLE SI LE PATIENT EST MINEUR.

Patient vit avec : mère ___ père ___ seul ___ autre _____

HISTOIRE MÉDICALE ET DENTAIRE.

Nom du médecin : _____ Téléphone _____
 État de santé : Bon ___ Moyen ___ Pauvre ___ Sous traitement : Non ___ Oui ___ Spécifiez _____
 Médication actuelle : Non ___ Oui ___ Spécifiez _____
 Examen médical depuis 2 ans : Oui ___ Non ___ Défauts physiques de naissance : Non ___ Oui ___ Spécifiez _____
 Le patient a-t-il atteint sa puberté (menstruation, poils) Oui ___ Non ___

Le patient a-t-il déjà eu :

| | | | | | |
|------------------|-----|----------------------|-----|---------------------|-----|
| Asthme | ___ | Diabète | ___ | Maladie cardiaque | ___ |
| Anémie | ___ | Épilepsie | ___ | Surdité | ___ |
| Maladie sanguine | ___ | Problème endocrinien | ___ | Traumatisme facial | ___ |
| Maladie osseuse | ___ | Problème  motionnel | ___ | Fièvre rhumatismale | ___ |

Commentaires s'il y a lieu : _____

Le patient :

A-t-il des allergies : Fièvre des foins ___ Nourriture _____ Médicaments _____ Autres _____
   un métal _____ Au latex _____

Ronfle-t-il? Oui ___ Non ___ **Respire-t-il par la bouche?** Rarement ___ Quelquefois ___ Toujours ___

Est-il souvent fatigué, manque d'attention en classe? Oui ___ Non ___

A-t-il souvent le rhume? Oui ___ Non ___ **A-t-il des amygdalites fréquentes?** Oui ___ Non ___

A-t-il de la difficulté à mastiquer ou avaler? Oui ___ Non ___ **Souffre-t-il de maux de tête?** Oui ___ Non ___

A-t-il déjà été traité par un allergiste ou un spécialiste du nez, de la gorge ou des oreilles (ORL)

Oui ___ Non ___

Si oui : Quand : _____ Par qui : _____ Amygdales enlevés ___ Végétations enlevées ___

A-t-il des craquements ou douleur à la mâchoire? Oui ___ Non ___

Les dents à l'avant ont-elles déjà été brisées ou cassées? Oui ___ Non ___

Le patient a-t-il une de habitudes suivantes?

Su age du pouce jusqu'à l'âge de ___

Grincement des dents : Oui ___ Non ___

Su age d'un doigt jusqu'à l'âge de ___

Mauvaise déglutition : Oui ___ Non ___

Su age de la lèvre : Oui ___ Non ___

Autres habitudes (crayon à la bouche, objet?) _____

A-t-il déjà eu de mauvaises expérience chez un dentiste? Non ___ Si oui, laquelle? _____

A-t-il déjà eu un examen ou des traitement orthodontiques? Oui ___ Non ___

Si oui, Quand? _____ Par qui? _Dr. _____ Genre de traitements _____

Avons-nous omis des problèmes médicaux, dentaires ou chirurgicaux? Non ___ Si oui, lesquels? _____

ATTITUDE DU PATIENT FACE À SES DENTS, ET LES TRAITEMENTS ORTHODONTIQUES.

Date du dernier examen dentaire : _____ Nettoyage? Oui ___ Non ___ Traitements antérieurs _____

Le patient est-il conscient de son problème dentaire (orthodontique)? Oui ___ Non ___

Le patient est-il intéressé au traitement orthodontique?

Veut le traitement ___ Si nécessaire ___ Indifférent ___ Non ___

Coopération anticipée : Excellente ___ Bonne ___ Mauvaise ___

Pourquoi le patient a-t-il consenti à cette consultation? _____

Quel est son problème majeur(visible par vous)? _____

Qu'attendez-vous du traitement? _____

Commentaires additionnels : _____

Signature de la personne qui a complété le formulaire : x _____

Relation avec le patient : _____ Date : _____

Merci!

Réservé au bureau :

Informations manquantes : _____

Motivation et coopération anticipée : _____

Explication du plan de traitement prévu pour le (date) : _____ signé le _____

HONORAIRES : Première phase : \$ _____ Deuxième phase : \$ _____ TOTAL : \$ _____

Versement initial : \$ _____ plus _____ mensualités de \$ _____

Durée estimée du traitement _____

Les chèques ont-ils tous été remis : Oui ___ Non ___

Commentaires : _____

PHOTOCOPIES DES MODÈLES ET TRACÉ DE LA FORME DES ARCADES

MAXILLAIRE

MANDIBULE

PHOTOS DU PATIENT

Vous devez **obligatoirement** inclure les photos suivantes au dossier.

Vue extra orale : 1) Face (sans sourire) 2) Face avec sourire 3) Profil (sans sourire) **ON DOIT VOIR LES ÉPAULES**

Vue intra orale : 1) Arcade maxillaire 2) Arcade mandibule **PRISES DE PRÈS (MIROIR)**
3) En occlusion : côté droit, côté gauche et vue frontale 4) occlusion vue frontale dents séparées

Il y a donc 9 photos. Si vous prenez ces photos avec un appareil 35 mm, faites imprimer vos photos en format 3 x5 non glacé et vous devez faire un montage sur un carton 8 ½ x 11, lequel sera annexé au dossier. Il en va de même si vous utilisez un polaroid. Si vous utilisez un appareil numérique, vous devez imprimer les photos et en faire un montage cohérent (voir site www.ulead.com qui offre un excellent programme gratuit de classement et manipulation de photos numériques).

Lorsque vous présentez vos cas pour évaluation à l'école, les photos doivent être sous la forme d'un montage. Si vous utilisez le format 3x5, les huit photos seront disposées comme suit :

| | |
|---|---|
| FACE (sans sourire) Photo 1 Va au recto | FACE (avec sourire) Photo 2 Va au recto |
| PROFIL) Photo 3 Va au recto | FACE (en occlusion de près) Photo 4 Va au recto |
| ARCADE DU HAUT (de près, au miroir) Va au verso) Photo 5 | ARCADE DU BAS (de près, au miroir) Va au verso) Photo 6 |
| CÔTÉ DROIT (de près, au miroir) Va au verso) Photo 7 OCCLUSION FRONTALE dents séparées) Photo 9 | CÔTÉ GAUCHE (de près, au miroir) Va au verso) Photo 8 |

ÉVALUATION CLINIQUE ORTHODONTIQUE

Cette feuille ne fait pas partie du dossier orthodontique. Elle se veut un référence pour votre apprentissage, ainsi qu'un guide qui vous amènera à établir un diagnostic et un plan de traitement adéquat .

Avant tout voici les outils nécessaires à l'élaboration d'un bon dossier. Il est obligatoire de présenter vos cas à l'école de cette façon. Cette constance vous aidera à ne rien oublier et développera en vous une rigueur analytique pour l'étude de vos cas d'orthodontie.

- 1) Toutes les informations concernant le patient (dossier patient)
- 2) Les 9 photos de votre patient
- 3) Un panorax
- 4) Une radiographie latérale du crâne (ceph)
- 5) Modèles en pierre blanche en occlusion, bien dégrossis et propres (haut et bas)

En orthodontie, nous devons déterminer si la malocclusion est consécutive à un problème squelettique, dentaire ou fonctionnel (peut être un mélange des trois). Il faut donc poser un diagnostic adéquat, établir un plan de traitement et finalement, déterminer la séquence des traitements en choisissant les appareils appropriés.

Un problème orthodontique **DOIT TOUJOURS** être évalué dans un ordre constant qui tient compte des trois relations « spatiales » reliant le maxillaire et la mandibule. Ces relations sont : TRANSVERSE : SAGITTALE ; VERTICALE.

- 1) TRANSVERSE : C'est la notion de largeur entre les deux maxillaires.
Ex : Y-a-t-il un articulé croisé postérieur? Est-ce que les courbes de Wilson et de Monson sont correctes.
- 2) VERTICALE : C'est la relation de hauteur entre les deux maxillaires.
Ex : Est-ce que l'occlusion est ouverte ou fermée?
- 3) SAGITTALE : C'est la relation antéro-postérieure entre les deux maxillaires.
Ex : Est-ce le maxillaire ou la mandibule qui est soit trop avancé ou reculé.
Y-a-t-il un manque d'espace ou trop d'espace (dentaire)

Il est à noter que les problèmes pouvant exister dans ses trois plans peuvent être de nature dentaire et squelettique (ou un mélange des deux). Il peut y avoir aussi un problème fonctionnel. Le dossier orthodontique vous amènera à penser dans l'ordre décrit ci-dessus.

La première page du dossier contient des informations de base.

DENTS PRÉSENTES AU DÉBUT DU TRAITEMENT :

55-54-53-52-51-61-62-63-64-65
 18-17-16-15-14-13-12-11-21-22-23-24-25-26-27-28
 48-47-46-45-44-43-42-41-31-32-33-34-35-36-37-38
 85-84-83-82-81-71-72-73-74-75

Absence congénitale : _____

Malformations _____

Éruption partielle (ankylose) _____

Éruption exagérée (inci. sup. ou inf)

Non-éruption (retard) _____

Chevauchement _____

Rotations _____ Mobilité _____

Dents incluses _____

Hygiène _____ Carie(s) _____

Manque gencive attachée _____

Surnuméraire _____ Décalcification _____

Traumatisme : Non Oui _____ Décoloration Non Oui _____ Perte prématurée Non Oui _____

Statut de la dentition :

| | Primaire | Mixte : précoce ou avancée(tardive) | Permanent |
|------|----------|-------------------------------------|-----------|
| HAUT | | | |
| BAS | | | |

Classification d' Angle : relation des molaires et des canines.

| DENTS | 16/46 droit | 13/43 ou 53/83 droit | 26/36 gauche | 23/33 ou 63/73 gauche |
|-------------|----------------|----------------------------|-----------------|-----------------------------|
| Classe 1 | | | | |
| Bout à bout | | | | |
| Classe 2 | | | | |
| Classe 3 | | | | |
| P.T. droit | | | | |

- P.T = plan terminal droit (relation des molaires primaires entre elles)

Encercler le choix :

Classe 1 : unilatérale ou bilatérale . **Pseudo-classe 1 :** quand canine CI 1 et rotations mésiales des molaires (donne un bout à bout molaires)

Classe 2 Div. 1 : Classe 2 Div. 1 subdivision : **Classe 2 Div 2 :** Classe 2 Div. 2 subdivision.

Classe 3 : unilatérale, bilatérale. **Pseudo-Classe 3**

Commentaires : _____

ANALYSE DE L'OCCLUSION

Surplomb vertical en % : normal 20 à 25 % : 50%, 75%, 100% , négatif(open bite)___

Surplomb horizontal, normal 2 mm : _____ bout à bout _____ négatif _____

Occlusion : ouverte fermée

Forme des arcades :

| | Normale | Large | Étroite | Triangulaire | Symétrique | Asymétrique |
|------|---------|-------|---------|--------------|------------|-------------|
| HAUT | | | | | | |
| BAS | | | | | | |

Longueur des arcades :

| | Adéquate | Excès | Déficiente |
|------|----------|-------|------------|
| HAUT | | | |
| BAS | | | |

Forme de la voûte palatine : normale profonde plate présence d'un torus

Articulé croisé : Antérieur (dent # _____)

Postérieur : unilatéral ___ bilatéral ___ fonctionnel ___ non-fonct ___

Courbe de Spee : Plate _____ légère _____ accentuée _____ (nbre de mm _____)

Courbe de Wilson : Normale ___ Positive ___ Négative ___

Rotation méso-linguale des molaires supérieures : dent #16 _____ dent #26 _____

Rotation des postérieures : haut _____ bas _____

Linguo-version des postérieures : haut _____ bas _____

Diastèmes : dents antérieures _____ dents postérieures _____

Espace de Lee-Way : disponible pour le haut : bilatéral ___ unilatéral ___ # du quadrant
disponible pour le bas : bilatéral ___ unilatéral ___ # du quadrant

Espace « Free-Way » : y-a-t-il un espace interdentaire au repos Non Oui _____ mm.

Analyse de l'occlusion pour un patient en dentition permanente complète :

Indiquer les dents en contact lors des mouvements suivants :

A) Latéralité droite : travaillant _____ balançant _____

B) Latéralité gauche : travaillant _____ balançant _____

C) Propulsion : dents antérieures _____ postérieures _____

D) Prématurités à la fermeture : _____

Commentaires : _____

ANALYSE DE DENTITION MIXTE ET D'ESPACE

Compensation déviation ligne médiane de _____ mm vers la _____ haut ou bas

Largeur des dents : encercler celles que vous mesurez

17-16-15-14-13-12-11-21-22-23-24-25-26-27 Total : _____ mm

47-46-45-44-43-42-41-31-32-33-34-35-36-37 Total : _____ mm

Analyse de Moyers :

Si votre patient est en dentition mixte, utilisez le tableau des probabilités de Moyers pour déterminer l'espace nécessaire pour les canines et pré-molaires. Habituellement, lorsqu'il y a 23mm du mésial de la « 6 » au distal de la 2, il y aura suffisamment d'espace pour les « 3 », « 4 », « 5 ».

Si votre patient est en dentition permanente, vous mesurez celles qui sont pertinentes à la malocclusion présente. Il est important de tenir compte de la déviation de la ligne médiane (supérieure ou inférieure).

Analyse de Bolton :

C'est le ratio de la largeur mésio-distale des dents inférieures par rapport aux supérieures. Aide à déterminer si nous pouvons terminer un cas avec les surplombs (horizontal et vertical) adéquats. Permet de savoir s'il y a une dysharmonie dento-dentaire entre les dents du haut et du bas. Les antérieures supérieures ou inférieures sont-elles trop larges ou trop étroites?

Ratio des 2-1-1-2 inf / 2-1-1-2 sup **Norme 70%** Patient : _____

Ratio des 3-2-1-1-2-3 inf / 3-2-1-1-2-3 sup. **Norme 77.2%** Patient : _____

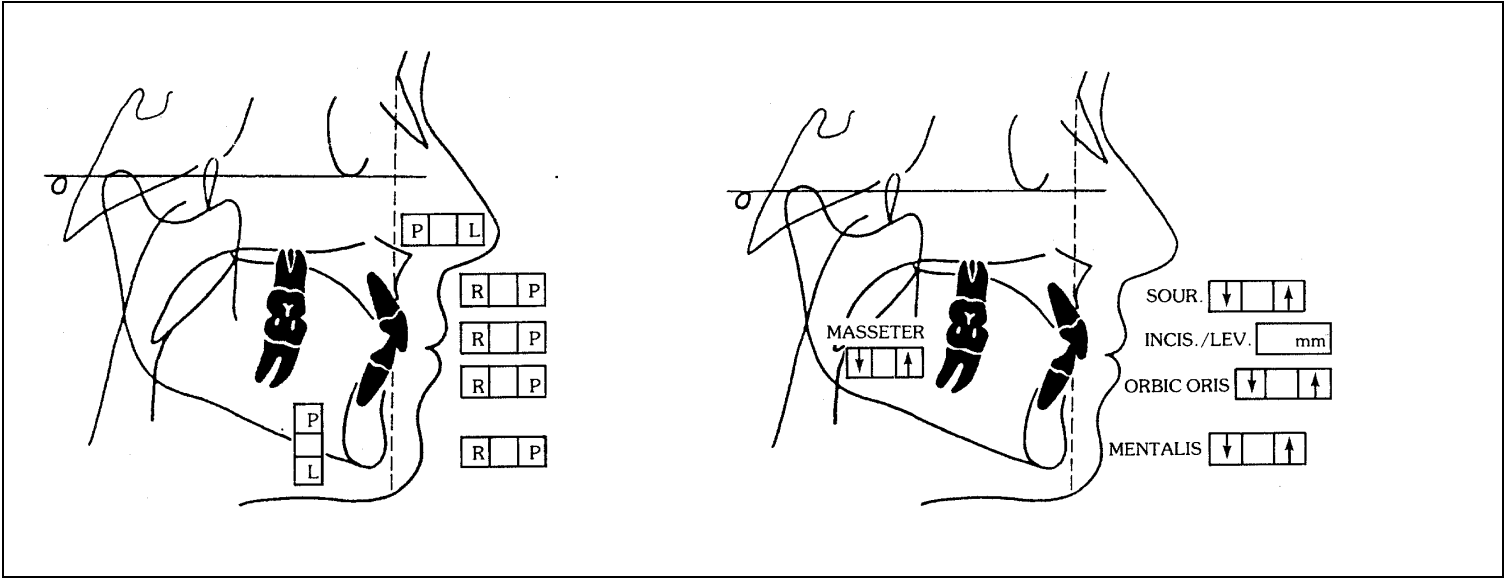
Ratio des « 6 » à « 6 » inf. / les « 6 » à « 6 » sup. **Norme 91.3%** Patient : _____

Si ratio complet trop haut et ratio antérieur est adéquat, c'est que la différence provient de la région postérieure (les postérieures sont trop larges).

| | Bas | | Haut |
|--------------------|-------|---------|-------|
| | 5 4 3 | 2 1 1 2 | 3 4 5 |
| Requis : _____ | | | |
| Disponible : _____ | | | |
| Différence : _____ | | | |

| | |
|--------|--------|
| + ou - | + ou - |
| + ou - | + ou - |

ÉVALUATION SAGITTALE SQUELETTIQUE, DENTAIRE, TISSUS MOUS.



Dessin de gauche : évaluation squelettique et dentaire. Pour le nez et le plan mandibulaire, P= petit.

Dessin de droite : évaluation musculaire et des tissus mous.

Légende : P= protrusif R= rétrusif L= large Flèche haut=hyperactif Flèche bas=hypo

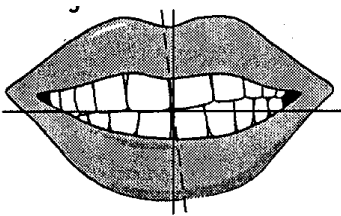
Structures faciales : Symétrie : _____ Asymétrie : _____

ANALYSE DU SOURIRE

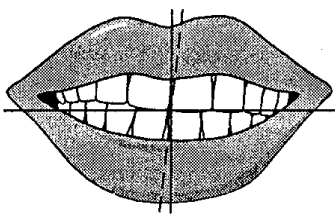
Sourire gingival : _____mm Incompétence labiale : _____mm Déviation ligne médiane : Sup ou Inf : _____mm

Inclinaison axiale des lignes médianes : (voir dessins)

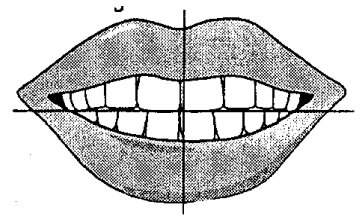
Vers la droite



Vers la gauche



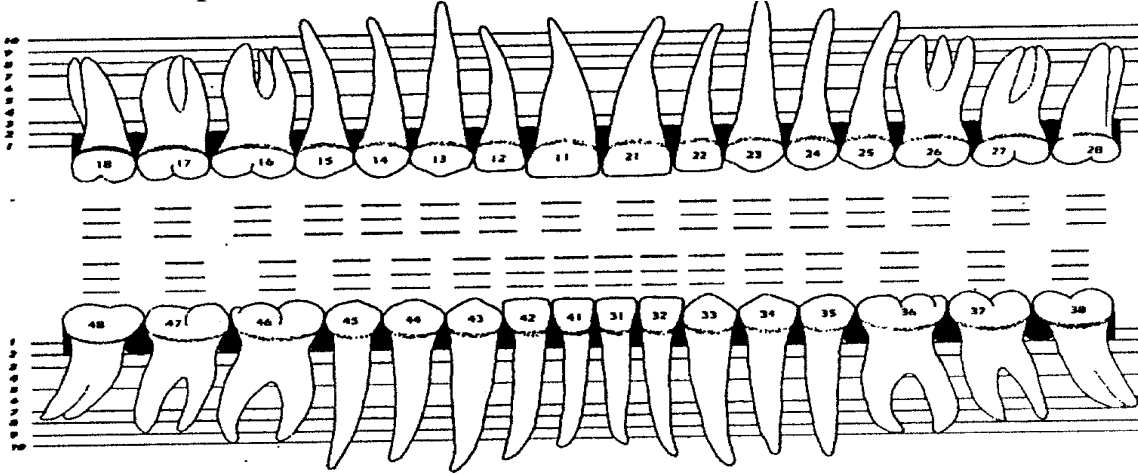
Idéale



ÉVALUATION PARODONTALE

Gencives : Normales Saignement : Non Oui : localisé _____ généralisé _____
 Récession : Non Oui _____ Hypertrophies : Non Oui _____
 Manque de gencive attachée : Non Oui _____ Mobilité Non Oui _____

Évaluation des poches :



PSR DÉPISTAGE ET NOTATION EN PARODONTIE

| | | | |
|--|--|--|--|
| | | | |
| | | | |

NOTE DES SEXTANTS JOUR MOIS ANNÉE

EXAMEN RADIOLOGIQUE (Panorex, PA)

ÉVALUATION DES ATM

Douleur _____ Bruits : clic _____ craquement _____ crépitement _____
 Mouvements : subluxation _____ déviation ou déflexion _____
 Ouverture maximale à l'effort _____ mm. Sans effort _____ mm
 Évaluation musculaire(douleur, tonus) _____

Droite

Gauche

15 10 5 0 5 10 15

Ouverture Maximale

ANALYSE FONCTIONNELLE

Langue : Normale. Petite. Large. **Frein Lingual** : Normal . Court. Étroit. **Frein Labial** : Normal. Court.

Adénoïdes et Amygdales : Hypertrophiées. Enflammées. Normales . Petites. Enlevées.

Habitudes : Aucune. Suce son pouce. Suce ses doigts. Mord des lèvres . Autres _____

Déglutition : Normale. Propulsion simple de la langue (dents ensembles). Déglutition infantile conservée.
Propulsion complexe de la langue.

Muscles : Mentonnier : Hyperactif, Normal Masséters : Normaux. Contractés. Décontractés
Lèvres : Normales Faibles Fortes. Mesure de la force : _____

ATM : Reporter ici vos commentaires. ATM normales ou : _____

Fermeture de la mandibule : (de la position repos à l'occlusion habituelle)

TRANSVERSE : Droite

SAGITTALE : Droite

Déviations gauche

Déviations distales

Déviations droites

Déviations mésiales

Espace inter-occlusal : _____ mm Interférence occlusale : Non Oui _____

Exercices myofonctionnels recommandés : Non. Oui _____

ÉVALUATION CÉPHALOMÉTRIQUE

Il existe une multitude d'analyses, celle présentée à la page suivante est un mélange des plus populaires. Vous trouverez un tableau en cinq colonnes. La première contient les angles et les mesures linéaires qui sont utilisés pour l'analyse. La deuxième regroupe les mesures qui représentent les normes. Finalement, les trois dernières servent à inscrire les mesures de votre patient aux trois étapes du traitement. Au verso, vous trouverez des explications se rattachant à certaines mesures.

Méthode de présentation de vos analyses :

L'acétate utilisé a un côté glacé et l'autre mat. C'est sur ce dernier que vous marquez les points céphalométriques et le contour des tissus mous. Vous devez faire une photocopie de l'acétate. Il est préférable d'utiliser un papier de format légal (8 ½ x 14) car vos lignes pourront se rencontrer. Faites une copie de l'acétate également au verso de la feuille. Au recto, vous tracerez les lignes pour l'évaluation squelettique et de croissance. Au verso, tracez les lignes pour l'évaluation dentaire, des tissus mous et des voies respiratoires supérieures. En procédant ainsi, vous éviterez un fouillis de lignes et votre analyse sera plus facile à réaliser. Vous ne tracez pas de lignes sur l'acétate. En plus des points, on doit retrouver sur l'acétate (avant de faire la photocopie : le nom, la date et l'âge du patient. Vous conservez l'acétate au dossier pour référence future.

EXPLICATIONS

SNA : $> 85^\circ$ prognathie. Max $< 77^\circ$ rétrognathie. Max

SNB : $> 81^\circ$ prognathie. Mand. $> 75^\circ$ rétrognathie. Mand.

ANB : 0° à 5° = Classe 1, $> 5^\circ$ = C12, $< 0^\circ$ = C13

WITS : Male : norme (-1) Classe 1 (-3 à +1) Classe 2 ($> +2$) Classe 3 (< -4)

Female : norme (0) Classe 1 (+2 à -2) Classe 2 ($> +3$) Classe 3 (< -3)

McNamara : N perpendiculaire à FH par rapport à A et Pg. Pour déterminer si le maxillaire et la mandibule sont orthognathe, prognathe ou rétrognathe.

À 9 ans : A à 0 mm et Pg à -6 mm

Femme adulte : A à 0 (± 2 mm) Pg à -4 mm

Homme adulte : A à 0 (± 2 mm) Pg à 0 mm

NAP : angle formé par N-A et Pg-A 2 degrés = profil droit, 17 = convexe, -5 = concave

Pg à NB : norme 2 à 5 mm aide à déterminer croissance de la symphyse

A) **FILLE** de 10 à 14 ans (mature à 13-14 ans) si à 10 ans Pg est à 0 mm à NB, généralement on aura de 3 à 4 mm de croissance antérieure de Pg. Si à 14 ans Pg = 0 il n'y aura plus de croissance et Pg à NB restera à 0 mm

B) **GARÇON** : Mature deux ans plus tard que fille et croissance sera plus grande. Si à 12 ans Pg = 0, il y aura croissance de 3 à 5 mm. Si à 12 ans Pg est à 3 à 5 mm la croissance doublera à 6-10 mm

Regarder âge et sexe du patient. Regarder Pg et déterminer sa croissance. Ensuite on peut décider où placer les /1 par rapport à A-Pg. Idéal de 0 à 3 mm pour un beau profil.

HARVOLD (relation de la longueur maxillaire et mandibule)

Analyse modifiée : table de prévisions (modifiée car prend A comme référence et non ANS)

| | HOMMES | 6 ans | 9 ans | 12 ans | 14 ans | 16 ans | adulte | FEMMES | 6 ans | 9 | 12 | 14 | 16 | adulte |
|------------|--------|-------|-------|--------|--------|--------|--------|--------|-------|-----|-----|-----|-----|--------|
| A à Co(mm) | 82 | 87 | 92 | 96 | 100 | 100 | | 80 | 85 | 90 | 92 | 93 | 93 | |
| Gn à Co | 99 | 107 | 114 | 121 | 127 | 130 | | 97 | 105 | 113 | 117 | 119 | 120 | |
| Différence | 17 | 20 | 22 | 25 | 27 | 27 | | 17 | 20 | 23 | 25 | 26 | 27 | |
| ANS à Me | 59 | 62 | 64 | 68 | 71 | 72 | | 57 | 60 | 62 | 64 | 65 | 67 | |

ANGLE GONIAL

Upper gonial angle : détermine croissance horizontale Go à N et Go en ligne avec la portion postérieure branche montante

Plus l'angle est élevée plus la croissance est horizontale.

Lower gonial angle : détermine croissance verticale, Go à N et Me à Go. Plus angle est $>$ plus croissance est verticale.

| | NORMES | AVANT | PROGRESSION | APRÈS |
|--|---|-----------------------------------|-----------------------------------|-----------------------------------|
| Garçon : Fille Âge : | | Date : | Date : | Date : |
| SQUELETTIQUE | | | | |
| SNA | 81 (±4) 11ans 82 (±2) adulte | | | |
| SNB | 78 (± 3) 11ans 80 (±2) adulte | | | |
| ANB | 3(± 2) (11ans) 2 (±2) adulte | | | |
| WITS McNamara NAP (NA -Apg) | 2 (±2) page précédente | Wits : To A : To Pg : NAP : | Wits : To A : To Pg : NAP : | Wits : To A : To Pg : NAP : |
| ANS - Me (linéaire) | 62 -65mm à 12 ans | | | |
| N-NAS/ NAS-Me | 45%/55% adulte | | | |
| En % | 50%/50% mixte | | | |
| CROISSANCE | | | | |
| Pg à NB | 2 à 5mm (verso) | | | |
| FMA | 22 à 26 degrés | | | |
| MM (ANS-PNS à MP) | 26 à 28 degrés | | | |
| Go-Gn à SN | 32 ± 5 (degrés) | | | |
| (S-Go)/ (N-Me) linéaire % | -60% vert +65% hor | | | |
| Upper gonial (verso) | 52 à 55 degrés | | | |
| Lower gonial | 70 à 75 degrés | | | |
| Harvold | Page précédente | Patient Normes | Patient Normes | Patient Normes |
| A à Co (max) | | | | |
| Gn à Co (mand) | | | | |
| Diff des deux | Entre 18 et 28 mm | | | |
| ANS -Me | | | | |
| DENTAIRE | | | | |
| 1/ SN degrés | 102 | | | |
| 1/ A-Pg mm | 6 mm au bout incisif | | | |
| /1 A-Pg mm | 0 à 3 mm | | | |
| 1/1 degrés | 130-135 : 122 ado. | | | |
| /1 MP (Me) degrés | 92 ± 2 | | | |
| TISSUS MOUS | | | | |
| « S « line Lèvres devraient être 1 à 2 mm (= ou -) | Normal=sur ligne Concave= derrière Concexe= dépasse | | | |
| Angle Nasio-Labial | 90-110 normal 107 | | | |
| Profil | Droit,concave (exe) | | | |
| Balance faciale(long, court) | 1/3 sup,moy,inf | | | |
| Forme du visage | Normal,carré,long | | | |
| AIRWAY 6à 18ans | Gars Fille | | | |
| Upper (adénoïdes) | 8-17mm 6-18mm | | | |
| Lower (amygdales) | 10-12mm 10-11mm | | | |
| | | | | |
| Maxillaire | Orthognathe | Prognathe | Rétrognathe | |
| Mandibule | Orthognathe | Prognathe | Rétrognathe | |
| Croissance | Normale | Hypodivergente | Hyperdivergente | |
| Incisives supérieures | Normales | Ptrotusives | Rétrusives | |
| Incisives inférieures | Normales | Protrusives | Rétrusives | |
| Profil | Droit | Concave | Convexe | |

DIAGNOSTIC ET PLAN DE TRAITEMENT

DIAGNOSTIC :

- 1) Squelettique : _____
- 2) Dentaire : _____
- 3) Tissus mous : _____
- 4) Problèmes myofonctionnels : _____
(Identifiez la classification d'Angle, classe et type) _____

OBJECTIFS DE TRAITEMENT ET LIMITES

Orthopédiques. Fonctionnels. Dentaires. Esthétiques

A) Transverse : Y-a-t-il un articulé croisé postérieur, constriction du maxillaire ou de la mandibule? Un palais étroit ou profond? Des dents postérieures en linguo-version? Les « 16 » et « 26 » en rotation mésio-linguale?

Objectifs : _____

Limites : _____

B) Sagittal : Quelle est la relation des molaires et des canines? Y-a-t-il rétrognathie ou prognathie? (max ou mand). Protrusion ou rétrusion dentaires? Espaces inter-dentaires postérieures? Articulé croisé antérieur? ...

Objectifs : _____

Limites : _____

C) Vertical : Au niveau squelettique, y-a-t-il hypo. ou hyper divergence? L'occlusion est-elle ouverte (infraclusion) ou fermée (supraclusion)? Incompétence labiale? Sourire gingival? Le 1/3 inférieur du visage long?

Objectifs : _____

Limites : _____

PLAN DE TRAITEMENT

A) Première phase interceptive :

Exercices myofonctionnels à faire : _____

Types d'appareils à utiliser : _____

Rétention envisagée : _____

Durée : _____ Pronostic : _____ Limitations et complications : _____

Alternative au traitement proposé : _____

B) Deuxième phase majeure :

Ancrage requis : _____

Rétention envisagée : _____

Durée : _____ Pronostic : _____ Limitations et complications : _____

Alternative au traitement proposé : _____

NUMÉROS DES BAGUES : #17 _____ #16 _____ #26 _____ #27 _____

#47 _____ #46 _____ #36 _____ #37 _____

TYPES DE BOÎTIERS UTILISÉS : _____

POSITION DES BOITIERS :

HAUT : 17 16 15 14 13 12 11 21 22 23 24 25 26 27

CENTRE : _____

PLACER À : _____

BAS : 47 46 45 44 43 42 41 31 32 33 34 35 36 37

CENTRE : _____

PLACER A : _____

ÉVALUATION DES DYSHARMONIES (Boîte d'IDI)

Surtout utilisée à la mandibule car à la mandibule réside la décision d'extraction.

MANDIBULE

| | + | - |
|---|---|---|
| D.D.M (dysharmonie dento-maxillaire) | | |
| /I à MP | | |
| Espace de Leeway (Disponible ?) | | |
| Courbe de Spee | | |
| Rotation des postérieures | | |
| Possibilité d'expansion latérale (Courbe de Wilson) | | |
| Possibilité distalisation des molaires | | |
| Extraction(s) envisagée(s) | | |
| Énaméloplastie interproximale (stripping) | | |
| TOTAL | | |

MAXILLAIRE

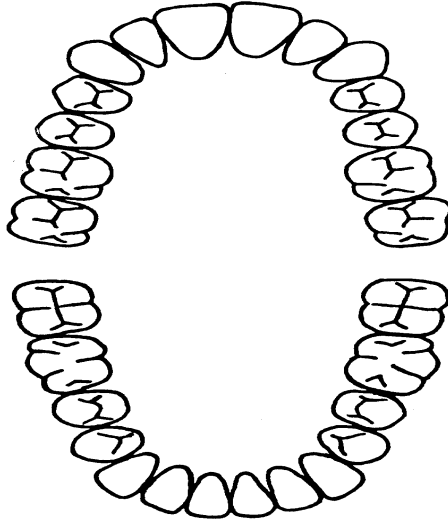
| | + | - |
|---|---|---|
| D.D.M (dysharmonie dento-maxillaire) | | |
| I/ à SN | | |
| Espace de Leeway (Disponible ?) | | |
| Rotation des postérieures | | |
| Possibilité d'expansion latérale (Courbe de Wilson) | | |
| Possibilité distalisation des molaires | | |
| Extraction(s) envisagée(s) | | |
| Énaméloplastie interproximale (stripping) | | |
| TOTAL | | |

La compilation de ces deux tableaux vous permettra d'évaluer s'il y a un manque ou un surplus d'espace. De plus, le résultat vous amènera à réfléchir au type de mouvements dentaires à faire ainsi qu'à la séquence à adopter.

DESSIN DES APPAREILS AMOVIBLES

Type d'appareil : _____ Crochets sur dents : _____ Pad postérieures : Oui. Non

Vis à utiliser : Non. Oui : Si oui, où? _____ Fréquence des activations : _____ Durée du port de l'appareil



DESSIN DES APPAREILS FIXES

Bagues ou tubes (boîtiers) sur molaires : _____ Boîtiers sur dents : _____

Séquence des fils : _____ Ancrage requis : _____

Arc d'utilité (UA) requis : _____ Barre trans-palatine requise : _____

Mouvement à faire : _____

