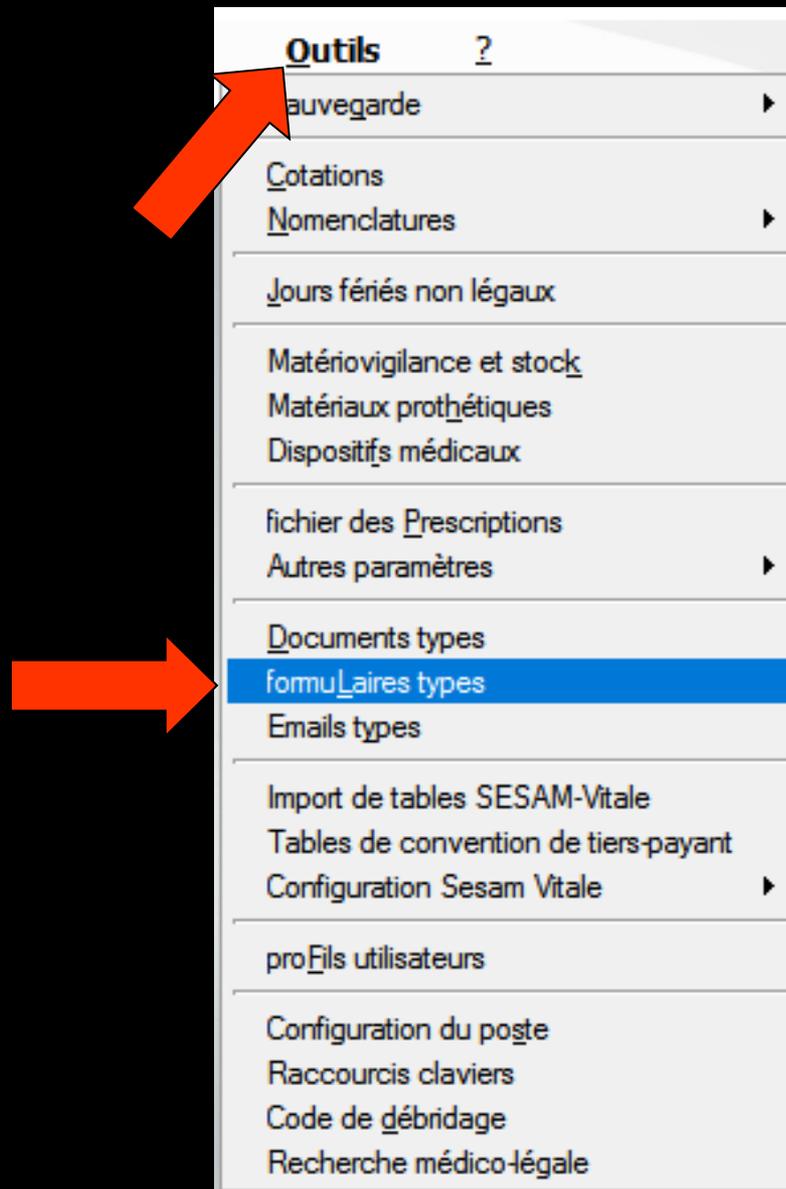


Les formulaires types



Les formulaires types

- ⇒ Formulaires interactifs
- ⇒ Permettant de saisir des informations en remplissant des champs ou en cliquant sur des boutons

Les formulaires

- ⇒ De quoi avez vous besoin pour faire des formulaires types ?
- ⇒ Un éditeur de formulaires et un navigateur
- ⇒ LOGOSw vous fournit l'éditeur de formulaires et vous avez dans votre ordinateur un navigateur

Les formulaires types

- ⇒ La création de formulaires types avec LOGOSw, passe par l'utilisation d'un composant Microsoft dont l'installation avec les différentes versions de Windows a grandement varié dans le temps
- ⇒ Si n'a pas été installé avec Windows 7, vous trouverez le composant en question sur le CD d'installation dans le répertoire `\win`
- ⇒ Il s'agit de `DhtmlEd.msi`

Les formulaires types

- ⇒ La fenêtre de création de formulaires types utilise un composant d'Internet Explorer qui a un petit inconvénient
- ⇒ Pas de gestion de la touche "Delete"
- ⇒ Tous les effacements doivent se faire à l'aide de la touche Backspace

Les formulaires

- ⇒ Les formulaires types sont réalisés en **HTML** (hypertext markup language)
- ⇒ Langage de mise en forme habituellement utilisé pour les pages **Web**
- ⇒ Ce langage renferme bien entendu du texte mais aussi des commandes (tags ou balises) qui indiquent ce qui doit s'afficher à l'écran et sous quelle forme

Les formulaires types

- ⇒ Comme ce sont des **fichiers HTML**
- ⇒ Faire en général un formulaire type sur une seule page
- ⇒ Sinon problème à l'impression
- ⇒ Les formulaires types créés sont dans

C:\Wlogos2\Prat\HTM

Les formulaires types

⇒ L'éditeur de formulaires de LOGOSw est un **outil relativement simple d'utilisation** qui **évite de connaître le langage HTML**, car il traduit le contenu et la mise en forme de la page que vous avez créée en code source pour pouvoir être lue et affichée telle que vous l'avez souhaitée

Les formulaires types

⇒ Permettent la **création de vos propres formulaires**, courts, clairs, simples et plaisants dans leur présentation et aussi faciles dans leur rédaction (quelques clics pour cocher des choix de propositions dans des menus, au lieu de longs discours) qui seront archivés dans les dossiers patients

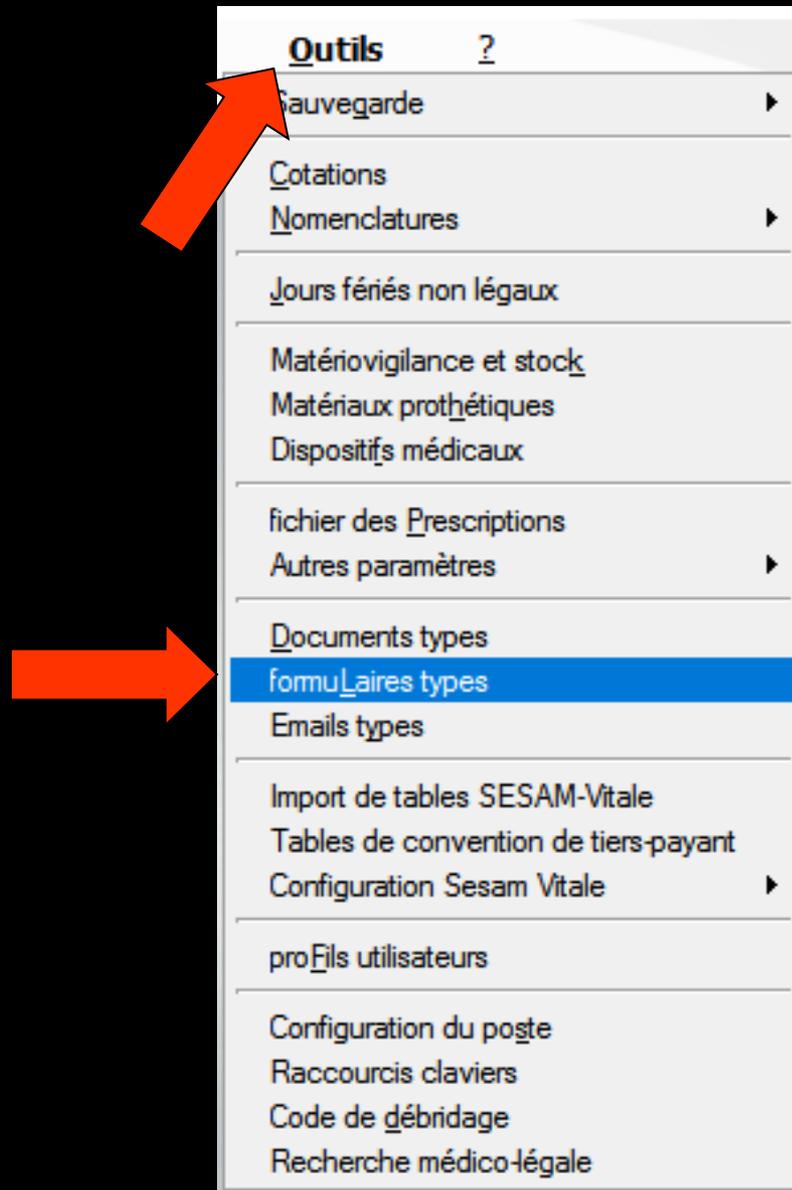
Les formulaires types

- ⇒ Permettent de créer des pages interactives que LOGOSw pourra utiliser
- ⇒ Un formulaire HTML est composé de plusieurs items
- ⇒ Ces items peuvent être des zones de texte (monoligne ou multiligne), des boîtes de sélection, des boutons, des cases à cocher ou des boutons radio

Les formulaires types

- ⇒ Intéressants pour faire, par exemple, des "formulaires de suivis", des "bilans périodiques" (motivation, hygiène...ou évolution de critères objectifs mesurables)
- ⇒ Car - dès lors que l'on a défini, catégorisé ou hiérarchisé les critères retenus - leur comparaison est facile du fait de la simplicité et de l'uniformité de leur présentation

Les formulaires types





3 icônes
Quitter
Nouveau formulaire
Sélectionner un formulaire type

Formulaires types : nouveau formulaire



Quitter

Formulaires types : nouveau formulaire



Nouveau formulaire

Formulaires types : nouveau formulaire



Sélectionner un formulaire type



Formulaires types : nouveau formulaire

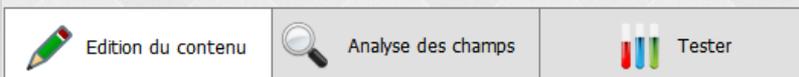
Sélectionner un formulaire type

A grey rectangular panel containing the title "Formulaires types : nouveau formulaire", the same three icons as above, and a button labeled "Sélectionner un formulaire type". A red square highlights the folder icon.

- blanchisserie
- CERTIFICAT_ACCIDENT
- CONSULT ODF
- CONSULTPARO
- EBD enfant
- EBD maternite
- PASSEPORT_IMPLANT_CHIR
- PASSEPORT_IMPLANT_PROT
- QUESTIONNAIRE ALIMENTAIRE
- QUESTIONNAIRE DENTAIRE
- QUESTIONNAIRE MEDICAL

Ok Annuler

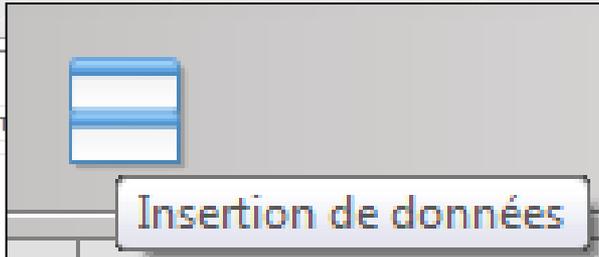
A white rectangular panel with a list of form types. The item "EBD enfant" is highlighted with a blue background. At the bottom, there are two buttons: "Ok" and "Annuler".



Nouveau formulaire

La fenêtre de gestion des formulaires types utilise les services d'Internet Explorer et est étroitement liée au bon fonctionnement et à la configuration de ce composant

Il doit donc être correctement et complètement installé sur votre ordinateur



Pour incorporer les variables patients comme dans les courriers

Date du jour

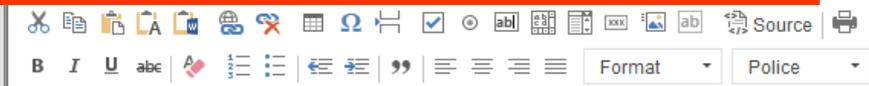
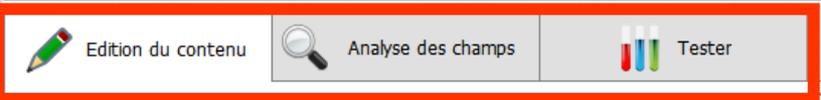
Praticien

- Nom du praticien
- Adresse du praticien
- Code postal du praticien
- Ville du praticien
- Téléphone du praticien
- Fax du praticien
- Email du praticien
- Identifiant
- Finess cabinet
- SIRET cabinet
- N° Assurance Maladie
- Numéros de structure

Etat civil

- Numéro de dossier
- Civilité

Ok Annuler



3 onglets
Edition du contenu
Analyse des champs
Tester

Pour voir le contenu de votre formulaire type

Formulaires types : EBD enfant

Edition du contenu

Analyse des champs

Tester

Format Police Taille

examen de prévention bucco-dentaire

articles L. 2132-2-1 du Code de la santé publique et L. 162-1-12 du Code de la sécurité sociale
arrêté du 14 juin 2006 (J.O. du 18 juin 2006)

date limite de réalisation de l'examen : <input type="text"/>	<i>partie à adresser à l'organisme d'affiliation</i>
assuré - bénéficiaire	
assuré : \ASSURE_SS\ \NUM_SS\ bénéficiaire : \NOM\ \PRENOM\ date de naissance : \NAISSANCE\	<input type="text"/>
identification du praticien	
praticien titulaire <input type="radio"/> ou collaborateur libéral <input type="radio"/>	praticien salarié <input type="radio"/> ou remplaçant <input type="radio"/>
nom et prénom : \MOI-MEME\ adresse : \MON_ADRESSE\ \MON_CODEPOSTAL\ \MA_VILLE\ n° identification : \ID_CPS\ \FINESS\	
examen de prévention - radiographies intrabucales réalisées	
date de l'examen <input type="text" value="DATE"/>	signature du praticien attestation la réalisation de l'examen
<input type="radio"/> pas de radiographie réalisée	
<input type="radio"/> 1 ou 2 radiographies réalisées	
<input type="radio"/> 3 ou 4 radiographies réalisées	
montant des honoraires : <input type="text"/> €	
document télétransmis : oui <input type="radio"/> non <input type="radio"/>	<i>renseignements à conserver par le praticien</i>

Pour analyser les champs de votre formulaire type

Formulaires types : EBD enfant

Édition du contenu **Analyse des champs** Tester

examen de prévention bucco-dentaire

articles L. 2132-2-1 du Code de la santé publique et L. 162-1-12 du Code de la sécurité sociale
arrêté du 14 juin 2006 (J.O. du 18 juin 2006)

date limite de réalisation de l'examen :

partie à adresser à l'organisme d'affiliation

assuré - bénéficiaire	organisme d'affiliation
assuré : \ASSURE_SS\ \NUM_SS\ bénéficiaire : \NOM\ \PRENOM\ date de naissance : \NAISSANCE\ <input type="text"/>	

identification du praticien

praticien titulaire ou collaborateur libéral praticien salarié ou remplaçant

nom et prénom : \MOI-MEME\
adresse : \MON_ADRESSE\
\MON_CODEPOSTAL\ \MA_VILLE\
n° identification : \ID_CPS\
\FINESS\

examen de prévention - radiographies intrabucales réalisées

date de l'examen signature du praticien attestant la réalisation de l'examen

pas de radiographie réalisée
 1 ou 2 radiographies réalisées 3 ou 4 radiographies réalisées

montant des honoraires : €

document télétransmis : oui non

renseignements à conserver par le praticien

renseignements médicaux à compléter et à conserver impérativement dans le dossier -papier ou informatique- du patient (renseignements nécessaires à l'évaluation du programme et à communiquer au service médical à sa demande).

schéma dentaire à compléter

C : dent cariée A : dent absente pour cause de carie O : dent obturée S : scellements de sillons réalisés

Champs à analyser

Aucun champ n'est analysé dans ce formulaire.

Utilisez le bouton d'ajout ci-dessus pour en ajouter un.



Édition du contenu

Analyse des champs

Tester

examen de prévention bucco-dentaire (maternité)

article L. 162-9 du Code de la sécurité sociale - avenant n°3 à la convention des chirurgiens-dentistes - avenant n°11 à la convention médicale

période de validité de la prise en charge : du 1er jour du 4ème mois de grossesse, jusqu'au 12ème jour après l'accouchement *partie à adresser*
date présumée d'accouchement : *à l'organisme d'affiliation*

assuré - bénéficiaire

organisme d'affiliation

assuré : \ASSURE_SS\ \NUM_SS\

bénéficiaire : \NOM\ \PRENOM\

date de naissance : \NAISSANCE\

identification du praticien

identification de la structure

identifiant : \ID_CPS\

nom et prénom : \MOI-MEME\

\MON_ADRESSE\

\MON_CODEPOSTAL\ \MA_VILLE\

\FINESS\

examen(s) ou acte(s) réalisé(s)

date de réalisation de l'examen

signature du praticien attestation

 pas de radiographie réalisée 1 ou 2 radiographies réalisées 3 ou 4 radiographies réaliséesmontant des honoraires : €document télétransmis : oui non

renseignements à compléter

renseignements médicaux à compléter et à conserver impérativement dans le dossier -papier ou informatique- du patient (renseignements nécessaires à l'évaluation du programme et à communiquer au service médical à sa demande).

schéma dentaire à compléter

C : dent cariée A : dent absente pour cause de carie O : dent obturée S : scellements de sillons réalisés

18 17 16 15 14 13 12 11 21 22 23 24 25 26 27 28



Champs à analyser

Aucun champ n'est analysé dans ce formulaire.

Utilisez le bouton d'ajout ci-dessus pour en ajouter un.

Analyse d'un champ du formulaire

Si le champ

organisme
 dateexamen
 radio0
 radio1
 radio3
 honoraires
 transmisOui
 transmisNon
 dent18
 dent17
 dent16
 dent15
 dent14
 dent13
 dent12
 dent11
 dent21
 dent22
 dent23
 dent24
 dent25
 dent26
 dent27
 dent28

Pour tester votre formulaire type

Formulaires types : EBD maternité

🔴 Tester

examen de prévention bucco-dentaire (maternité)

article L. 162-9 du Code de la sécurité sociale - avenant n°3 à la convention des chirurgiens-dentistes - avenant n°11 à la convention médicale

période de validité de la prise en charge : du 1er jour du 4ème mois de grossesse, jusqu'au 12ème jour après l'accouchement *partie à adresser à l'organisme d'affiliation*

date présumée d'accouchement :

assuré - bénéficiaire	organisme d'affiliation
assuré :DUBOIS Martin 1 54 12 44 184 642 36 bénéficiaire : DUBOIS Martin date de naissance : 12/12/1954	<input type="text"/>

identification du praticien	identification de la structure
identifiant : 064018237 nom et prénom : Docteur Ninon CREMONINI	1 BD FRANCOIS SUAREZ LE ROND POINT "A" 06340 LA TRINITE 0

examen(s) ou acte(s) réalisé(s)

date de réalisation de l'examen :

signature du praticien attestation la réalisation de l'examen

pas de radiographie réalisée
 1 ou 2 radiographies réalisées
 3 ou 4 radiographies réalisées

montant des honoraires : €

document télétransmis : oui non *renseignements à converver par le praticien*

renseignements mécideaux à compléter et à conserver **impérativement** dans le dossier -papier ou informatique- du patient (renseignements nécessaires à l'évaluation du programme et à communiquer au service médical à sa demande).

schéma dentaire à compléter

C : dent cariée A : dent absente pour cause de carie O : dent obturée S : scellements de sillons réalisés

18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
<input type="checkbox"/>															
<input type="checkbox"/>															
48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38

Analyse des réponses

Cliquez sur le bouton d'analyse pour visualiser les résultats.

Concevoir votre formulaire

- ⇒ Accorder quelques instants de réflexion à votre formulaire est toujours une bonne idée
- ⇒ Dessiner un rapide croquis vous permettra de définir les informations que vous souhaitez avoir
- ⇒ Restez simple et ne perdez pas votre objectif de vue : ne demandez que ce dont vous avez absolument besoin

Concevoir votre formulaire

- ⇒ Pas de codage à faire soi-même, simplement une construction rapide et facile
- ⇒ Totalement personnalisable
- ⇒ Personnalisez rapidement et facilement la disposition, les couleurs et le style



B I U abc | A | ☰ | ☰ | ☰ | ☰ | Format | Police | Taille | A | ab

Les différents icônes

⇒ De gauche à droite

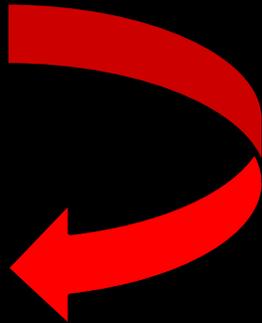
⇒ Couper

⇒ Copier

⇒ Coller

⇒ Coller comme texte sans mise en forme

⇒ Coller depuis Word



Les trois icônes du presse-papiers



Les différents icônes

⇒ De gauche à droite

⇒ Lien

⇒ Supprimer le lien



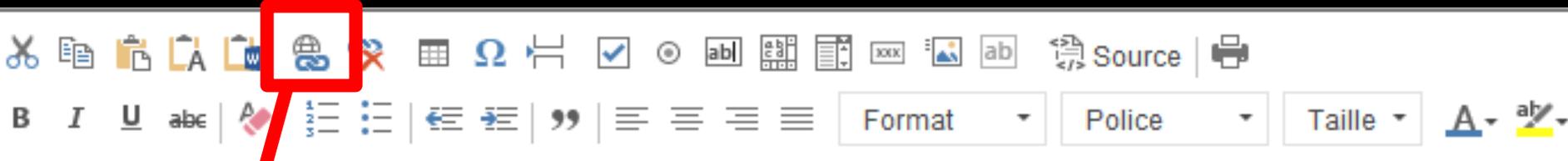
Un lien

- ⇒ Un **lien externe** est un lien hypertexte qui renvoie vers une autre page
 - ⇒ Cette autre page peut être une page d'un site internet
- ⇒ Un **lien interne** est un lien qui renvoie vers la même page, mais pas forcément au même endroit de la page



Un lien

- ⇒ Sur Internet, le fonctionnement classique des liens hypertexte est de pointer vers une page différente de celle en cours de consultation, pour naviguer dans un site
- ⇒ Dans nos formulaires types la création d'un lien servira pour aller vers un endroit précis de la page courante, ou vers un site internet



Un lien

Lien

INFORMATIONS SUR LE LIEN CIBLE

Display Text

Type de lien
URL

Protocole URL
http://

OK Annuler

Lien

INFORMATIONS SUR LE LIEN CIBLE

Display Text

Type de lien
URL
Ancre
Courriel

http://

URL

OK Annuler

Lien

INFORMATIONS SUR LE LIEN CIBLE

Display Text

Type de lien
URL

Protocole URL
http://
https://
ftp://
news://
<autre>

URL

OK Annuler



Un lien

Lien

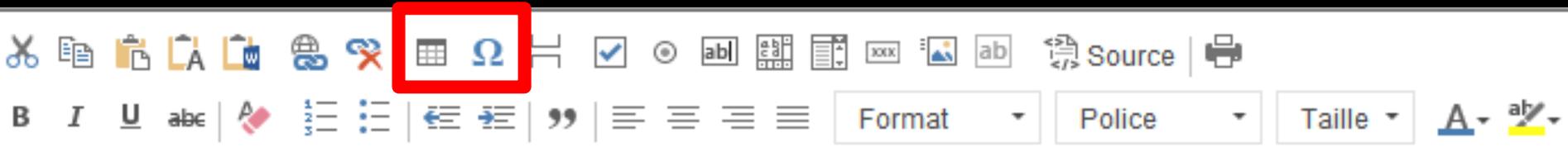
INFORMATIONS SUR LE LIEN

CIBLE

Cible

- <indéfini>
- <cadre>
- <fenêtre surgissante>
- Nouvelle fenêtre (_blank)
- Fenêtre supérieure (_top)
- Même fenêtre (_self)
- Fenêtre parent (_parent)

OK Annuler

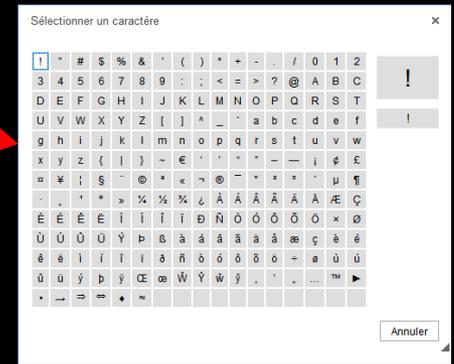
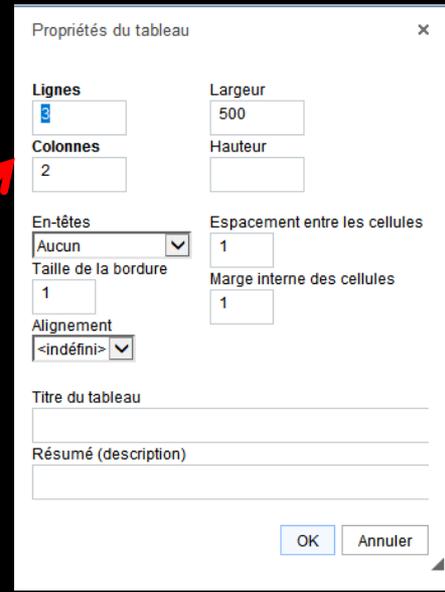


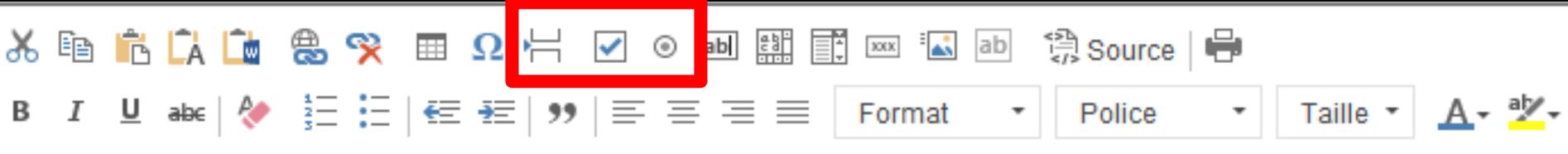
Les différents icônes

⇒ De gauche à droite

⇒ Insérer un tableau

⇒ Insérer un caractère spécial





Les différents icônes

- ⇒ De gauche à droite
- ⇒ Insérer un saut de page pour l'impression
- ⇒ Insérer une case à cocher
- ⇒ Insérer un bouton radio

Propriétés de la case à cocher

Nom

Valeur

Sélectionné

Identifiant du champ

Requis

OK Annuler

Propriétés du bouton radio

Nom

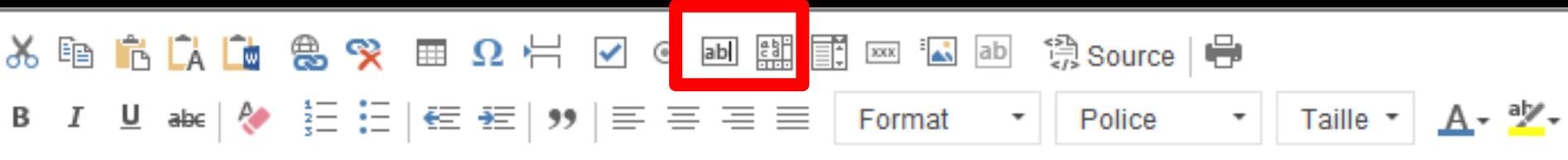
Valeur

Sélectionné

Identifiant du champ

Requis

OK Annuler



Les différents icônes

⇒ De gauche à droite

⇒ Insérer un champ texte

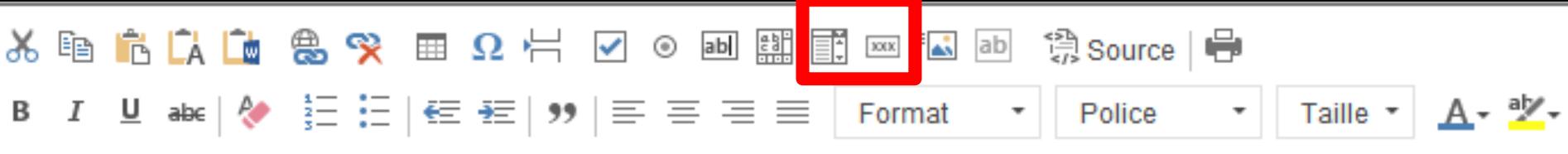
⇒ Insérer une zone de texte

Propriétés du champ texte

Nom	Valeur
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Largeur des caractères	Nombre maximum de caractères
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Type	
Texte	
Identifiant du champ	
<input type="text"/>	
<input type="checkbox"/> Requis	
<input type="button" value="OK"/> <input type="button" value="Annuler"/>	

Propriétés de la zone de texte

Nom	
<input type="text"/>	
Colonnes	Lignes
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Valeur	
<input type="text"/>	
Identifiant du champ	
<input type="text"/>	
<input type="checkbox"/> Requis	
<input type="button" value="OK"/> <input type="button" value="Annuler"/>	



Les différents icônes

⇒ De gauche à droite

⇒ Insérer une liste déroulante

⇒ Insérer un bouton

Propriétés du menu déroulant

Nom

Valeur

Taille lignes

Options disponibles

Texte <input type="text"/>	Valeur <input type="text"/>	Ajouter
<input type="text"/>	<input type="text"/>	Modifier
		Haut
		Bas

Identifiant du champ

Définir comme valeur sélectionnée Permettre les sélections multiples

Requis

Propriétés du bouton

Nom

Texte

Type

Bouton

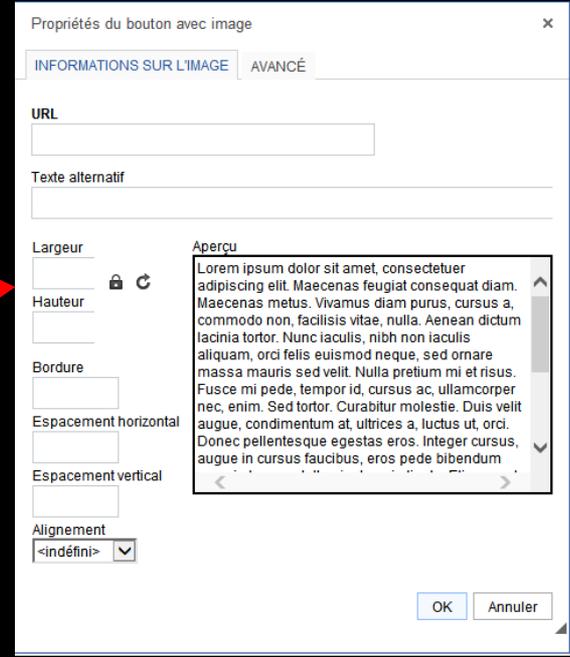


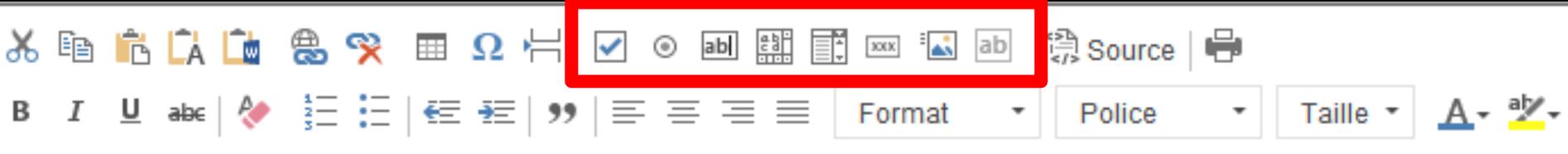
Les différents icônes

⇒ De gauche à droite

⇒ Insérer un bouton avec image

⇒ Insérer un champ invisible

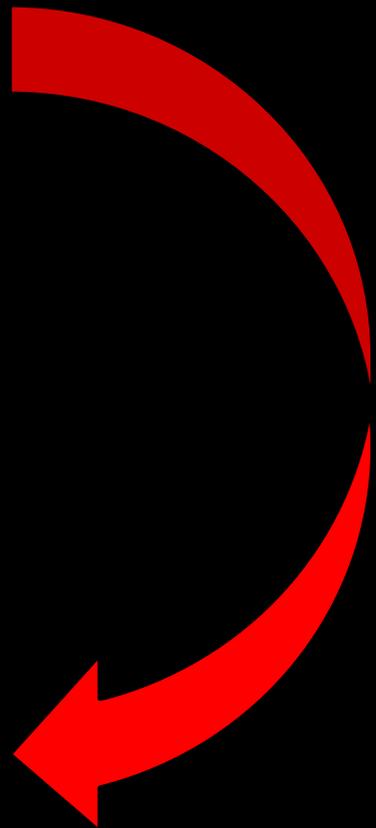




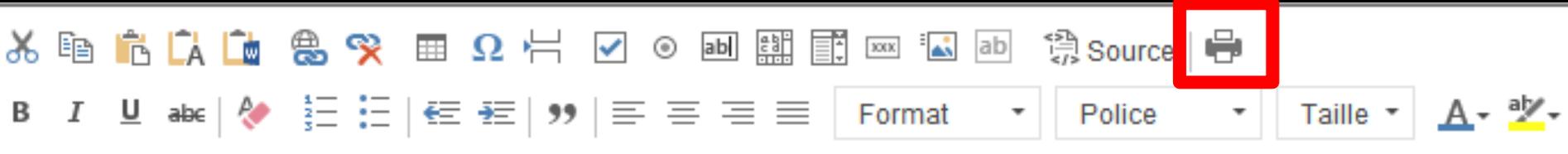
Les différents icônes

⇒ De gauche à droite

- ⇒ Case à cocher
- ⇒ Bouton radio
- ⇒ Champ texte
- ⇒ Zone de texte
- ⇒ Liste déroulante
- ⇒ Bouton image
- ⇒ Champ caché



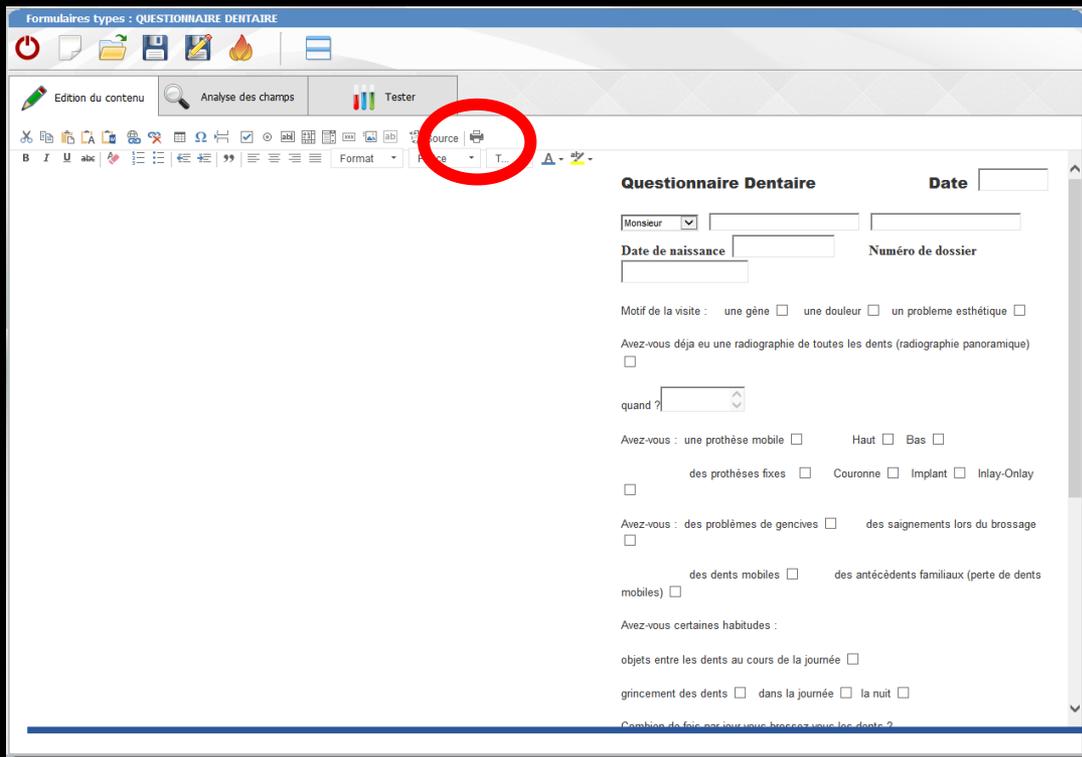
les icônes qui permettent l'insertion d'éléments rendant les formulaires interactifs



Les différents icônes

⇒ De gauche à droite

⇒ Imprimer



Pour imprimer le formulaire



Les différents icônes

⇒ De gauche à droite

⇒ Gras

⇒ Italique

⇒ Souligné

⇒ Barré

Pour modifier les enrichissements
du texte sélectionné

⇒ Supprimer la mise en forme



Les différents icônes

⇒ De gauche à droite

⇒ Pour insérer ou supprimer une liste numérotée

⇒ Pour insérer ou supprimer une liste à puces



Les différents icônes

⇒ De gauche à droite

⇒ Pour diminuer le retrait

Pour décaler le
texte sélectionné

⇒ Pour augmenter le retrait



⇒ Pour insérer une citation



Les différents icônes

⇒ De gauche à droite

⇒ Pour aligner à gauche

⇒ Pour centrer

⇒ Pour aligner à droite

⇒ Pour justifier

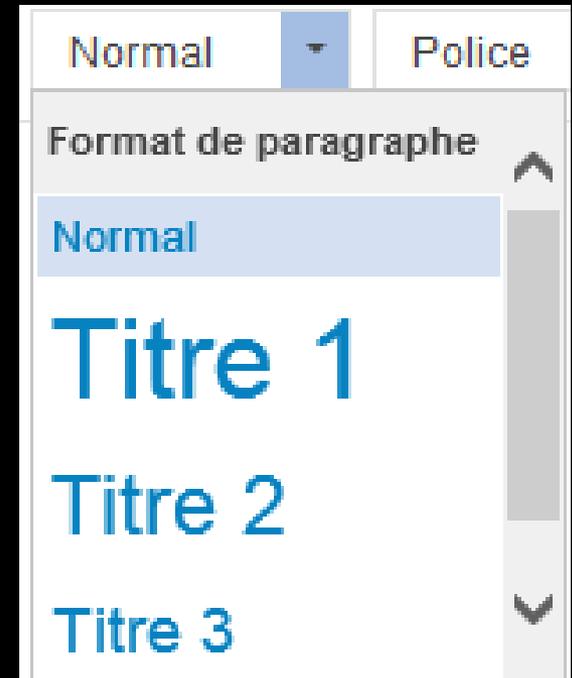
Pour modifier la position du texte sélectionné



Les différents icônes

⇒ De gauche à droite

⇒ Format de paragraphe





Les différents icônes

⇒ De gauche à droite

⇒ Style de police

⇒ Taille de police

Pour modifier la police et la taille
du texte sélectionné



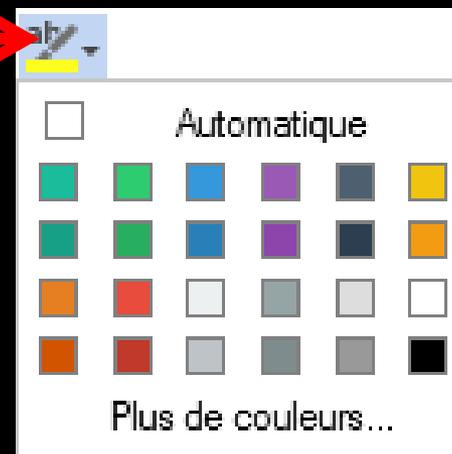
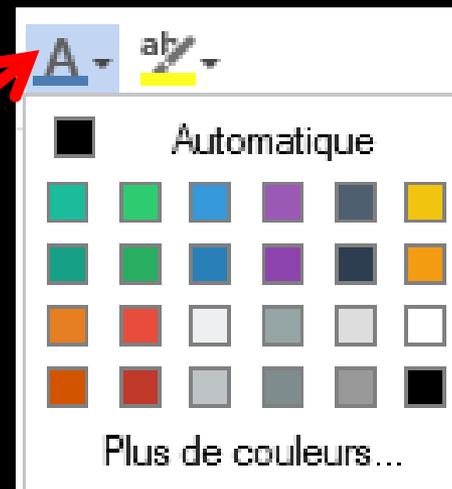


Les différents icônes

⇒ De gauche à droite

⇒ Couleur de texte

⇒ Couleur d'arrière plan



Les formulaires types

- ⇒ Lors de la sauvegarde d'un formulaire type, des balises `<FORM>` `</FORM>` sont automatiquement placées au début et à la fin du corps du texte
- ⇒ La présence de ces balises est **OBLIGATOIRE**

Les formulaires types

⇒ La balise FORM

⇒ Les formulaires sont délimités par la balise `<FORM> ... </FORM>`, une balise qui permet de regrouper plusieurs éléments de formulaire (boutons, champs de saisie, ...)

Les formulaires types

⇒ La balise FORM

⇒ Constitue en quelque sorte un conteneur permettant de regrouper des éléments qui vont permettre de choisir ou de saisir des données, ensemble de données

Les formulaires types

- ⇒ À l'intérieur de la balise FORM
- ⇒ Il est possible d'insérer n'importe quel élément HTML de base (textes, boutons, tableaux, liens,...) mais il est surtout intéressant d'insérer des éléments interactifs
- ⇒ Ces éléments interactifs sont :
- ⇒ La balise INPUT: un ensemble de boutons et de champs de saisie
- ⇒ La balise TEXTAREA: une zone de saisie
- ⇒ La balise SELECT: une liste à choix multiples

⇒ Pour les utilisateurs avertis, les balises peuvent être placées manuellement dans le code HTML comme suit (par exemple) :

⇒ <HTML>

⇒ <HEAD><META NAME="GENERATOR" Content="Microsoft DHTML Editing Control"><TITLE></TITLE></HEAD>

⇒ <BODY bgColor=#edbcd1 >

⇒ <FORM>

⇒

⇒ le contenu du corps

⇒

⇒ </FORM>

⇒ </BODY>

⇒ </HTML>

⇒ Les sauts de lignes sont là uniquement pour la clarté

⇒ Si vous pensez réaliser plusieurs formulaires types, vous pouvez aussi utiliser un éditeur HTML dédié (il y en a des gratuits, par exemple NVU, Kompozer)

La seule contrainte pour ces formulaires types HTML est qu'il doivent être encadrés par deux (et seulement deux) balises

`<form> <\form>`

Exemples

Questionnaire Alimentaire

Date

Monsieur

Date de naissance

Numéro de dossier

Consommation habituelle par jour

Aliments : en bleu l'équilibre alimentaire

Viandes Poissons ou oeufs

0 fois 1 fois 2 fois 3 fois 4 fois 5 fois plus

Lait, laitages, yaourts, ou fromages

0 fois 1 fois 2 fois 3 fois 4 fois 5 fois plus

Pain, céréales, pâtes ou féculents

0 fois 1 fois 2 fois 3 fois 4 fois 5 fois plus

Fruits, crudités, et légumes

0 fois 1 fois 2 fois 3 fois 4 fois 5 fois plus

Boissons :

Eau

1/4 litre 1/2 litre 1 litre 1/2 plus

Questionnaire Dentaire

Date

Monsieur



Date de naissance

Numéro de dossier

Motif de la visite : une gêne une douleur un problème esthétique

Avez-vous déjà eu une radiographie de toutes les dents (radiographie panoramique)

quand ?

Avez-vous : une prothèse mobile Haut Bas

des prothèses fixes Couronne Implant Inlay-Onlay

Avez-vous : des problèmes de gencives des saignements lors du brossage

des dents mobiles des antécédents familiaux (perte de dents mobiles)

Avez-vous certaines habitudes :

objets entre les dents au cours de la journée

grincement des dents dans la journée la nuit

Combien de fois par jour vous brossez-vous les dents ?

1 fois matin midi soir



Edition du contenu
 Analyse des champs
 Tester



B I U abc
Format
Police
Taille

examen de prévention bucco-dentaire (maternité)

article L. 162-9 du Code de la sécurité sociale - avenant n°3 à la convention des chirurgiens-dentistes - avenant n°11 à la convention médicale

période de validité de la prise en charge : *du 1er jour du 4ème mois de grossesse, jusqu'au 12ème jour après l'accouchement*

date présumée d'accouchement :

*partie à adresser
à l'organisme d'affiliation*

assuré - bénéficiaire

assuré : \ASSURE_SS\ \NUM_SS\

bénéficiaire : \NOM\ \PRENOM\

date de naissance : \NAISSANCE\

organisme d'affiliation

identification du praticien

identifiant : \ID_CPS\

nom et prénom : \MOI-MEME\

identification de la structure

\MON_ADRESSE\

\MON_CODEPOSTAL\ \MA_VILLE\

\FINESS\

examen(s) ou acte(s) réalisé(s)

date de réalisation de l'examen

signature du praticien attestation la réalisation de l'examen

pas de radiographie réalisée

1 ou 2 radiographies réalisées

3 ou 4 radiographies réalisées

montant des honoraires : €

document télétransmis : oui non

renseignements à conserver par le praticien

renseignements médicaux à compléter et à conserver **impérativement** dans le dossier -papier ou informatique- du patient (renseignements nécessaires à l'évaluation du programme et à communiquer au service médical à sa

FRAIS DE BLANCHISSAGE

Explication des nombres

- 1 Blouse pour 1 j
- 1 Pantalon pour 2 j
- 1 Serviette pour 1 j
- 1 Torchon pour 1 j

Déductions forfaitaires

	NOMBRE DE JOURS	BLOUSES	PANTALONS	SERVIETTES	TORCHONS
JANVIER					
FÉVRIER					
MARS					
AVRIL					
MAI					
JUIN					
JUILLET					
AOÛT					
SEPTEMBRE					
OCTOBRE					
NOVEMBRE					
DÉCEMBRE					
TOTAL					
Tarif unitaire de référence du blanchisseur le plus proche		€	€	€	€

recalculer

ÉTUDE PREIMPLANTAIRE

Nom du patient:

Date:

08 Novembre 2006

Dent(s):



0

0

Reset

Examen exobuccal photos

Santé

voir Bilan: OK Attention STOP

Courrier Médecin

Bilan Biologique

Examen Endobuccal photos

ligne du sourire: dentaire gingival

Résorption verticale faible moyenne importante

Hygiène: OK Attention STOP

Distance inter-crête/ espace Prothétique >7mm 6mm <5mm

Ouverture: >3 doigts < 2 doigts

Largeur MD OK si

Largeur MD faible =

ATTENTION si: Abscès Décalage bases osseuses Crêtes fines ou concaves

Examen Fonctionnel

Bruxisme/Parafonction

Examen Radiographique

Rétroalvéolaire Panoramique Scanner