

Nom du patient : _____ N° _____

Date : _____

Désignation : _____

**RIGÉ MURCIANI
DENTAIRE**
Rue du Pré Brenot
ZAC de Valentin
25870 Châtillon-le-Duc
Tél. 03 81 51 87 11

Fiche de Fabrication d'un DMSM

N° _____

RIGÉ MURCIANI DENTAIRE
Rue du Pré Brenot
ZAC de Valentin
25870 Châtillon-le-Duc
Tél. 03 81 51 87 11

PRATICIEN

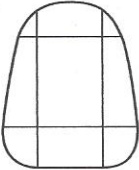
Code patient : _____ Sexe : H F Âge : _____

Visage : Carré Triangulaire Rond

Nature de la prothèse : _____ Teinte : _____

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

Alliage : _____ Forme : _____



pour le	à réaliser