



OTPADQ
Ordre des technologues
en prothèses et appareils
dentaires du Québec

PRESCRIPTION

Date d'envoi

JJ	MM	ANNÉE
----	----	-------

Date désirée

JJ	MM	ANNÉE
----	----	-------

Heure

--	--

AM
PM

DR/CLINIQUE

PATIENT

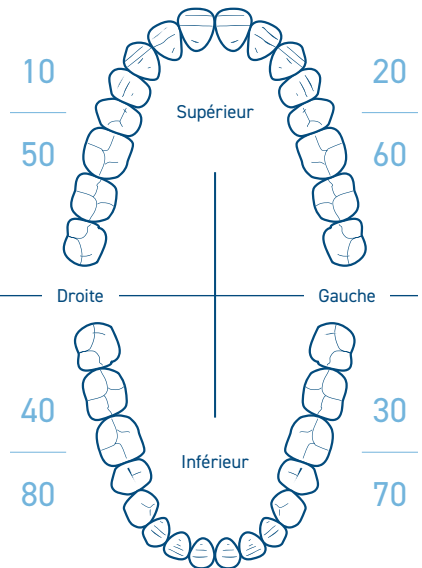
MODÈLE D'ÉTUDE OCCLUSOGRAMME

SUPÉRIEUR

Couleur: _____

INFÉRIEUR

Couleur: _____



SIGNATURE

NO DE PERMIS

BLANCHE - RETOUR LABORATOIRE

ROSE - CLIENT