

UNITE DE CHIRURGIE IMPLANTAIRE DE TATTONE

Centre Hospitalier de Corte-Tattone 20219 Vivario

DIPLOME UNIVERSITAIRE D'IMPLANTOLOGIE ORALE

Université de Corse / Association Dentaire Corse

FICHE MEDICALE

NOM : MATTEI PRENOM : CORINNE

DATE DE NAISSANCE : 22/01/1975

ADRESSE : NO 4 U PASCOW

CODE POSTAL : 20260 VILLE : CALVI

TEL PORTABLE : 06 10 62 36 81

MAIL : Pascalmattei@hotmail.com

VOTRE CHIRURGIEN-DENTISTE : DR FERRANDI TEL : 04 95 65 38 84

VOTRE MEDECIN GENERALISTE : ROSSI TEL : 04 13 35 45 02

MEDECIN SPECIALISTE : TEL :
..... TEL :

AVEZ-VOUS OU AVEZ-VOUS EU L'UNE DES MALADIES SUIVANTES :

INFARCTUS :

PROTHESE VALVULAIRE :

RHUMATISME ARTICULAIRE AIGU :

DIABETE :

TROUBLES GASTRIQUES OU HEPATIQUES :

TROUBLES RENAU :) NON

TUBERCULOSE :

ALLERGIE :

SINUSITE :

OSTEOMALACIE :

OSTEOPOROSE :

DEFICIENCE HORMONALE :

SOUFFREZ-VOUS D'APNEE DU SOMMEIL :

SI OUI PORTEZ-VOUS UN MASQUE A PRESSION POSITIVE DURANT LA NUIT : NON

AUTRES MALADIES :

AVEZ-VOUS SUBI UN TRAITEMENT PAR DES RAYONS : /

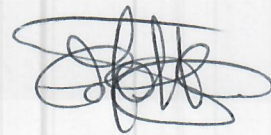
SI OUI POUR QUELLE AFFECTION

QUELS MEDICAMENTS VOUS SONT CONTRE-INDIQUES : /

FUMEZ-VOUS : NON

ETES-VOUS TRÈS ANXIEUX ET EMOTIF : NON

Date : 17 01 2026

Signature : 

ALLERGIES

1. Présentez-vous des réactions allergiques ? ☐ Oui ☒ Non
2. Avez-vous subi un test d'identification des déclencheurs allergiques ? ☐ Oui ☒ Non
- Si oui, était-il ☐ sanguin ou ☐ cutané ?
3. De quelle allergie souffrez-vous ?
- Aux médicaments ?
☐ Anesthésiques Lequel ?
☒ Antibiotiques Lequel ? AMOXICILLINE (non testée mais antécédents réactions)
☐ Antalgiques Lequel ?
☐ Aspirine
- Aux métaux ?
☐ Nickel (sources typiques : bijoux, bracelets de montre, fermetures textiles, cosmétiques, entre autres).
☐ Chlorure de Cobalt (sources typiques : pigments bleus, noirs, peintures, teintures capillaires, antiperspirants, montures des lunettes, entre autres).
☐ Cuivre (bijoux, stérilets, entre autres).
☐ Titane (pacemakers, montures de lunettes de vue, certains types d'implants dentaires).
4. Avez-vous subi un test d'hypersensibilité aux métaux ? ☐ Oui ☒ Non
- Si oui, lequel ?
5. Avez-vous eu des réactions d'hypersensibilité aux dispositifs médicaux ? ☐ Oui ☒ Non
- Si oui, lesquels : ☐ Prothèse métallique ☐ Stérilet ☐ Implants dentaires ☐ Autre
6. Souffrez-vous d'une maladie auto-immune ? ☐ Oui ☒ Non
- Si oui, laquelle ?
7. Souffrez-vous des affections cutanées ? ☐ Oui ☒ Non
- Si oui lesquelles : ☐ Eczéma ☐ Psoriasis ☐ Peau atopique ☐ Autre

ÉTAT DE VOTRE BOUCHE

- | | OUI | NON | ? |
|--|--|--|--|
| 1. Vous a-t-on déjà fait un examen radiographique complet de toutes vos dents ? | ☒ | ☐ | ☐ |
| 2. Avez-vous déjà eu des traitements pour vos gencives ?
Lesquels : | ☐ | ☒ | ☐ |
| 3. Êtes-vous gêné pour mastiquer vos aliments ? | ☐ | ☒ | ☐ |
| 4. Mastiquez-vous plus volontiers d'un côté que de l'autre ?
Si oui, lequel : ☐ gauche ☐ droit | ☐ | ☒ | ☐ |
| 5. Est-ce que vos dents sont sensibles ?
☐ au chaud ☐ au froid ☐ aux sucres ☐ à la mastication | ☐ | ☒ | ☐ |
| 6. Avez-vous l'habitude de consommer, journellement :
☒ des sucreries (bonbons, chocolats, confitures, miel, ...)
☒ des boissons acides (jus de fruits, ...) | ☒ | ☐ | ☐ |
| 7. Avez-vous des réflex nauséeux (envie de vomir) :
- lors du brossage des dents ?
- lorsque l'on prend une empreinte ou une radio dentaire ? | ☐
☐ | ☒
☒ | ☐
☐ |
| 8. Grincez-vous des dents ?
☐ le jour ☐ la nuit | ☐ | ☒ | ☐ |
| 9. Avez-vous l'habitude de serrer des dents ? | ☐ | ☒ | ☐ |
| 10. Avez-vous :
☐ des douleurs dans les muscles de la mâchoire
☐ des craquements au niveau de l'articulation de la mâchoire (A.T.M.) | ☐ | ☐ | ☐ |
| 11. Avez-vous l'habitude de mordre ou de tenir des objets entre vos dents, tels que
crayon, pipe, clous, épingle ? | ☐ | ☒ | ☐ |

Tattone le

17 JANVIER 2026

PATIENT :

Mme MARTEL Corinne

CORRESPONDANT : Dr

FERRANDI

Jean-Pierre

COURRIER DE PRISE EN CHARGE DU PATIENT PAR LE CORRESPONDANT : OUI NON

PLAN DE TRAITEMENT :

- édenté bilatéral
- pose de 4 implants avec prf. Approche osseuse en site 1
- Thonnew Bone Level - - - - - labiale - 2 -
GREFFES OSSEUSES : PRF 8ml

☒ SINUS DROIT SAUSSAGE Sect : OSTEOTOMIE SEGT Secteur :
☒ SINUS GAUCHE ROG Verticale Sect : Plaques : Y15 (06160) : X grande (06164) : X petite (06163) :
Vis Ostéo : 4mm : 5mm : 6mm : 8mm : 9mm :

Concernant le SINUS LIFT la pose des implants est-elle différée ? OUI / NON (barrer la mention inutile)

MATERIAUX & IMPLANTS :

MAXILLAIRE SUP :

-GEISTLICH : Bio-Oss 0,5g L / S : Bio-Oss 2g L / S : Bio-Gide (25x25) : Bio-Gide (30x40) : Clous :
-BIOBANK : Poudre d'os cortico spongieux / 0,5 mm 1cc : / 0,5 mm 2cc :
-MEISINGER : Membrane DPTFE Ti 250 PL : (30x40) : (25X30) : / Membrane TXT 200 : (12x24) : (25x30) :
Microvis pro-fix 4XPFFMF : Vis autoforante Pro-fix PFMK :

SYSTEME IMPLANTAIRE :

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

Diamètre :

Longueur :

MAXILLAIRE INF :

-GEISTLICH : Bio-Oss 0,5g S : Bio-Oss 2g S : Bio-Gide (25x25) : Bio-Gide (30x40) : Clous :
-BIOBANK : Poudre d'os cortico spongieux : 0,5 mm / 1cc : 0,5 mm / 2cc
-MEISINGER : Membrane DPTFE Ti 250 PL : (30x40) : (25X30) : / Membrane TXT 200 : (12x24) : (25x30) :
Microvis pro-fix 4XPFFMF : Vis autoforante Pro-fix PFMK : Pin's spéciaux mandibule MP50 :

SYSTEME IMPLANTAIRE :

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

Diamètre :

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Longueur :

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

PRÉPARATION PATIENT / OBSERVATIONS :

- RAV ONC - aspergillus e bis heb -
- Allergie pénicilline :  Allergi -

HÔPITAL DE TATTONE 20219 VIVARIO

Diplôme Universitaire d'Implantologie Orale
Università di Corsica P. Paoli - Association Dentaire Corse

DEVIS - CONSENTEMENT édité le 16/01/2026

Document édité en 2 exemplaires dont un est remis au patient. Le devis ne peut prendre en compte avec exactitude la quantité de matériau utilisé pour les besoins de la chirurgie.

Tattone le, 17/01/2026

Nom et prénom du patient : MME MATTEI Corinne

Nbre d'implants à poser : 4. DENTS 14, 16, 24, 26

Greffes tissus mous / PRF :

Greffes sous Sinusienne: SINUS G (PRF) SECT approche crestale

tel:

Sect:

Sect:

D / G

ROG/PRF

ADRESSÉ PAR LE DR FERRANDI Jean-Michel

Mini Implant:

ROG vert/3D:

Saussage

Sect:

sect

Sect :

La chirurgie est réalisée à titre gracieux par le(s) praticien(s)/étudiant(s) assisté(s) par un enseignant dans le cadre du Diplôme Universitaire d'Implantologie de l'Université di Corsica

CHIRURGIES ET MATERIAUX

Pin's spéciaux mandibule Réf : MP50 (Meisinger)

Vis autoforante Pro-fix Réf : PFMK20. (Meisinger)

Clous IPP Pharma/ Geistlich 3mm

Microvis Pro-fix Réf : 4XPfMF. (Meisinger)

Vis Ostéotomie L5, L6, L8 (IPP Pharma)

Plaque d'ostéosynthèse : Y réf 06160 (15mm)

Plaque d'ostéosynthèse : X réf 06164 (grande)

Plaque d'ostéosynthèse : X réf 06163 (petite)

IMPLANTS TITANE

IMPLANTS ZIRCON

Mini-implant ATLAS

Ostéotomie Segmentaire

ROG VERTICALE / ROG 3D

Latéralisation du nerf

Grefe sous Sinusienne :

Grefe en Onlay :

Expansion 1 / 2 implants

ROG / PRF

Saussage Technique

Pilier de cicatrisation

Greffes Tissus mous / PRF

Bio-Bank (1cc) / 0,5mm

Bio-Bank (2cc) / 0,5mm

Bio-Oss (2g) S / L

Bio-Oss (0,5g) S / L

Bio-Oss (0,25g) S

Bio-Gide : 25X25

Bio-Gide : 30X40

DPTFE armée Ti 250 PL 30x40

DPTFE armée Ti 250 PL 25x30

TXT 200 non armée 12x24

TXT 200 non armée 25x30

MCI : Provisoire (réalisé sur place par le prothésiste)

PILIER Prothétiques

EXPLANTATION

Coût à l'unité Quantité

Cotation

20,00 €	0	Total :	- €	
40,00 €	0	Total :	- €	
18,00 €	0	Total :	- €	
35,00 €	0	Total :	- €	
30,00 €	0	Total :	- €	
110,00 €	0	Total :	- €	
130,00 €	0	Total :	- €	
130,00 €	0	Total :	- €	
480,00 €	4	Total :	1920,00 €	LBLD004
700,00 €	0	Total :	- €	#N/A
150,00 €	0	Total :	- €	#N/A
800,00 €	0	Total :	- €	
800,00 €	0	Total :	- €	
1500,00 €	0	Total :	- €	ADCA004
700,00 €	1	Total :	700,00 €	GBBA002
900,00 €	0	Total :	- €	NPC
900,00 €	0	Total :	- €	
500,00 €	0	Total :	- €	HBBA003
800,00 €	0	Total :	- €	
40,00 €	0	Total :	- €	
500,00 €	0	Total :	- €	HBED023
230,00 €	0	Total :	- €	
350,00 €	0	Total :	- €	
400,00 €	0	Total :	- €	
175,00 €	0	Total :	- €	
100,00 €	0	Total :	- €	
300,00 €	0	Total :	- €	
400,00 €	0	Total :	- €	
400,00 €	0	Total :	- €	
350,00 €	0	Total :	- €	
100,00 €	0	Total :	- €	
150,00 €	0	Total :	- €	
140,00 €	0	Total :	- €	
70,00 €	0	Total :	- €	#N/A
250,00 €	0	Total :	- €	
		TOTAL	2 620,00 €	

CONSENTEMENT ECLAIRÉ DU PATIENT :

Je soussigné(e) reconnais avoir été informé par le Docteur FERRANDI Jean-Michel de manière claire et compréhensible concernant le traitement implantaire proposé.

- 1) Qu'aucune garantie de succès ne peut être assuré dans ce type de traitement.
- 2) Que des traitements alternatifs comme une prothèse amovible ou prothèse fixe sur dents naturelles seraient envisageables dans mon cas et que j'ai préféré la solution implantaire.
- 3) Que le fait de fumer nuit à la cicatrisation buccale et réduit le taux de succès.
- 4) Que des contrôles cliniques et radiographiques sont nécessaires deux fois par an lors des trois années qui suivent l'implantation, puis une fois par an par la suite.
- 5) Qu'en cas d'échec l'implant sera déposé sans frais supplémentaire liés à l'acte de dépose.
- 6) Que le devis n'inclut pas les coûts des guides radiologiques et chirurgicaux réalisés par le praticien qui m'adresse.
- 7) Que le devis n'inclut pas le coût de la prothèse réalisée par le praticien qui m'adresse.
- 8) Que le suivi sera assuré par le praticien qui m'adresse, comme décrit dans le paragraphe 4. En cas de changement de domicile, il assurera l'organisation de la continuité des soins.
- 9) Que les greffes osseuses dont la greffe du sinus maxillaire font l'objet d'un consentement particulier et de consignes particulières dont le document est joint au présent Devis - Consentement Éclairé.
- 10) Je reconnais avoir pu poser toutes les questions utiles et de disposer d'un délai de réflexion de 15 jours.

Docteur Rocchesani Marcel

Responsable de l'Unité de Chirurgie

LE PRATICIEN QUI ADRESSE LE PATIENT

Docteur FERRANDI Jean-Michel

Le Patient

Date et signature précédées de la mention "lu et approuvé"

lu et Approuvé
le 17/01/2026