



کارنمای (LOG BOOK) برنامه آموزشی دوره تخصصی رشته دندانپزشکی ترمیمی و زیبایی

دانشکده دندانپزشکی همدان

کمیته برنامه ریزی آموزش دندانپزشکی تخصصی بخش ترمیمی

دکتر شاهین کسرابی ، دکتر لقمان رضایی

اعضاء هیئت علمی بخش ترمیمی

تابستان 1387

مقدمه :

یکی از اهداف مهم دندانپزشکی تخصصی ارتقاء سطح دانش و آگاهی، ایجاد باور و مهارت کیفی مناسب در حیطه دندانپزشکی می باشد. از آنجا که هر یک از رشته های تخصصی دندانپزشکی در زمینه خاصی فعالیت می کنند لازم است تا دستیاران تخصصی با آغاز دوره دستگیری در مورد شرح وظایف خود، فعالیت های لازم جهت کسب مهارت و تبحر در رشته تخصصی و چگونگی ثبت و ضبط این فعالیت ها توجیه گردند. در راستای تحقق این مهم تهیه **logbook** یا **کارنما** ضروری می باشد که هدف از آن ثبت مستندات کلیه فعالیت های علمی و عملی است که دستیاران تخصصی در طول مدت تحصیل خود انجام می دهند. دانشجویان تخصصی موظفند که کلیه فعالیت های خود را در آن ثبت نموده و به رویت و امضا استاد مربوطه برسانند.

مشخصات کلی دوره تخصصی دندانپزشکی ترمیمی

الف) اهداف اختصاصی:

دانش آموختگان دوره تخصصی دندانپزشکی باید تواناییهای زیر را کسب نمایند:

- 1- شناسایی و تشخیص کامل ضایعات دندانها
- 2- دانش و مهارت لازم در طراحی درمان و بکارگیری روشهای مختلف جهت تشخیص، بازسازی و زیباسازی دندانها
- 3- کسب دانش و مهارت لازم جهت ایجاد ارتباط و هماهنگی و ارائه خدمات در رابطه با سایر رشته های وابسته
- 4- توانایی در استفاده از اطلاعات تحقیقاتی جدید
- 5- توانایی و تجربه کافی جهت انجام تحقیقات و ارائه طرح های تحقیقاتی
- 6- توانایی تدریس، دسترسی و نقد منابع علمی

ب) ضرورت و اهمیت:

- 1- ایفای نقش در تامین سلامتی به عنوان یک عامل اساسی در توسعه پایدار و متوازن جامعه
- 2- پیش گیری از ایجاد و بروز عوارض پوسیدگی دندان و کاهش هزینه های درمانی

3- طرح درمان مناسب و درمان صحیح ضایعات دندانی و نسوج مرتبط با توجه به اهمیت آنها در تامین، حفظ و ارتقای سطح سلامت جامعه

4- ضرورت آشنایی و اطلاع از آخرین دستاوردهای علمی و تخصصی

5- اهمیت انجام پژوهش و تولید علم در گسترش مرزهای دانش و استفاده مناسب از نتایج آنها

ج) طول دوره:

طول دوره تخصصی رشته دندانپزشکی ترمیمی سه سال و به صورت تمام وقت طبق آیین نامه و مقررات شورای آموزش دندانپزشکی و تخصصی می باشد.

د) شکل نظام آموزشی:

نظام آموزشی دوره تخصصی رشته دندانپزشکی ترمیمی به صورت سالی و در مورد دروس به صورت ساعتی می باشد. انواع دروس به شکل نظری، عملی، نظری عملی و کارگاهی تنظیم شده اند که در قالب دروس علوم پایه و علوم وابسته و علوم تخصصی ارائه می شوند.

راهنمای تکمیلی فرم:

دانشجوی گرامی! هدف از تهیه این مجموعه آن است که کلیه فعالیت های آموزشی، پژوهشی و اجرایی شما دستیاران تخصصی در طول مدت تحصیل ثبت گردد. هر یک از دانشجویان تخصصی موظف است با مطالعه دقیق راهنمای آن در طول دوره، نسبت به تکمیل موارد ذکر شده اقدام نماید.

تذکرات ویژه:

- دانشجویان موظفند در نگهداری این مجموعه نهایت دقت را بعمل آورند زیرا در صورت مفقود شدن، بخش، گروه آموزشی یا دانشکده در قبال موارد ثبت شده قبلی مسولیتی نخواهند داشت.

- در صورتیکه دانشجو در جریان تکمیل صفحات کارنما نیاز به برگه های اضافی داشته باشد باید به مهر گروه آموزشی ممه‌ور شده باشد.

- در صورتیکه گروه آموزشی تصمیم به ایجاد تغییرات جزئی در برخی از صفحات کارنما داشته باشد با انجام هماهنگی های درون گروهی به اطلاع دانشجویان خواهد رسید.
به توضیحات مربوط به نحوه تکمیل هر برگه ذیلا توجه نمایید.

1- مشخصات دانشجو:

این قسمت برای ثبت اطلاعات مورد نیاز مربوط به دانشجوی تخصصی تنظیم شده است. دستیار تخصصی موظف به تکمیل دقیق موارد ذکر شده می باشند. (فرم اطلاعاتی شماره 1)

2- آموزش عملی:

1-2- تشکیل پرونده بیمار

این قسمت برای ثبت اطلاعات مورد نیاز مربوط به بیمار تنظیم شده است. دستیار تخصصی موظف به تکمیل دقیق موارد ذکر شده و ارائه به مسئول بخش می باشد. (فرم اطلاعاتی شماره 2)

2-2 فرم ثبت ترمیم های مربوط به انواع پوسیدگی های کلاسیک آمالگام (فرم اطلاعاتی شماره 3)

در این مرحله باید حداقل 30 ترمیم انواع پوسیدگی های کلاسیک انجام شود و در جدول مربوطه ثبت گردد و به امضا استاد راهنما رسیده و مورد ارزیابی قرار گیرد.

2-3- فرم ثبت ترمیم های مربوط به انواع پوسیدگی های وسیع آمالگام در دندانهای وایتال (فرم اطلاعاتی شماره 4)

در این مرحله باید حداقل 30 ترمیم وسیع آمالگام در دندانهای وایتال با استفاده از پین داخل عاج، slot، آمالگاپین، آمالگام باندینگ، کاسپ ریداکشن انجام شود و در جدول مربوطه ثبت گردد و به امضا استاد راهنما رسیده و مورد ارزیابی قرار گیرد.

2-4- فرم ثبت ترمیم های آمالگامی مربوط به دندانهای معالجه ریشه شده. (فرم اطلاعاتی شماره 5)
در این مرحله باید حداقل 30 ترمیم آمالگامی مربوط به دندانهایی که معالجه ریشه شده (با یا بدون استفاده از پست های پیش ساخته) انجام شود و در جدول مربوطه ثبت گردد و به امضا استاد راهنما رسیده و مورد ارزیابی قرار گیرد.

2-5- فرم ثبت ترمیم های مربوط به انواع پوسیدگی های کلاسیک کامپوزیت (فرم اطلاعاتی شماره 6)
در این مرحله باید حداقل 30 ترمیم کامپوزیت کلاسیک انجام شود و در جدول مربوطه ثبت گردد و به امضاء استاد راهنما رسیده مورد ارزیابی قرار گیرد.

2-6- فرم ثبت ترمیم های مربوط به انواع پوسیدگی های وسیع کامپوزیت در دندانهای وایتال (فرم اطلاعاتی شماره 7)

در این مرحله باید حداقل 30 ترمیم کامپوزیت وسیع که نیازمند تمهیدات گیردار و مقاوم خاصی میباشند انجام شود و در جدول مربوطه ثبت گردد و به امضاء استاد راهنما رسیده مورد ارزیابی قرار گیرد.

2-7- فرم ثبت ترمیم های کامپوزیتی در دندانهای نان وایتال (فرم اطلاعاتی شماره 8)
در این مرحله باید حداقل 30 ترمیم کامپوزیتی در دندانهای نان وایتال با یا بدون پست انجام شود و در جدول مربوطه ثبت گردد و به امضاء استاد راهنما رسیده مورد ارزیابی قرار گیرد.

2-8- فرم ثبت ترمیم های ریختگی فلزی (فرم اطلاعاتی شماره 9)

در این مرحله باید حداقل 6 ترمیم ریختگی فلزی شامل اینله، انله یا کراون پارشیل انجام شود و در جدول مربوطه ثبت گردد و به امضاء استاد راهنما رسیده و مورد ارزیابی قرار گیرد.

9-2 فرم ثبت ترمیم های اینله انله هم رنگ دندان. (فرم اطلاعاتی شماره 10)

در این مرحله باید حداقل 8 ترمیم اینله یا انله از جنس سرامیک یا کامپازیت لابراتوری انجام شود و در جدول مربوطه ثبت گردد و به امضاء استاد راهنما رسیده و مورد ارزیابی قرار گیرد.

10-2 فرم ثبت بریج های چسبنده. (فرم اطلاعاتی شماره 11)

در این مرحله باید حداقل 8 ترمیم بریج چسبنده (Acid Etch Bridge) انجام شود و در جدول مربوطه ثبت گردد و به امضاء استاد راهنما رسیده و مورد ارزیابی قرار گیرد.

11-2 فرم ثبت کراون های سرامیک- فلز یا تمام فلزی [PFM یا FMC] (فرم اطلاعاتی شماره 12)

در این مرحله باید حداقل 8 کراون سرامیک- فلز یا تمام فلز با یا بدون استفاده از پست انجام شود و در جدول مربوطه ثبت گردد و به امضاء استاد راهنما رسیده و مورد ارزیابی قرار گیرد.

12-2 فرم ثبت کراون های تمام سرامیک یا کامپازیت لابراتوری (فرم اطلاعاتی شماره 13)

در این مرحله باید حداقل 10 کراون تمام سرامیک یا کامپازیت لابراتوری با یا بدون استفاده از پست انجام شود و در جدول مربوطه ثبت گردد و به امضاء استاد راهنما رسیده و مورد ارزیابی قرار گیرد.

13-2 فرم ثبت انجام کراون در دندان های نیازمند بریج (فرم اطلاعاتی شماره 14)

در این مرحله باید حداقل 8 مورد بریج های سرامیک- فلز، تمام فلز یا تمام سرامیک انجام شود و در جدول مربوطه ثبت گردد و به امضاء استاد راهنما رسیده و مورد ارزیابی قرار گیرد.

14-2 فرم ثبت درمانهای مربوط به بلیچینگ دندانهای وایتال و نان وایتال (فرم اطلاعاتی شماره 15)

در این مرحله باید حداقل 8 مورد سفید کردن دندانهای وایتال و نان وایتال انجام شود و در جدول مربوطه ثبت گردد و به امضاء استاد راهنما رسیده و مورد ارزیابی قرار گیرد.

15-2 فرم ثبت درمانهای مربوط به اسپلینت دندانها (فرم اطلاعاتی شماره 16)

در این مرحله باید حداقل 5 مورد اسپلینت Rigid یا Non-rigid برای دندانهای ضربه دیده، ارتودنسی شده یا بدلائل پرئودنتال انجام شود و در جدول مربوطه ثبت گردد و به امضاء استاد راهنما رسیده و مورد ارزیابی قرار گیرد.

16-2 فرم ثبت درمانهای مربوط به ترمیمهای زیبایی (فرم اطلاعاتی شماره 17)

در این مورد باید حداقل 5 مورد بستن دیاستم، 12 مورد ونیر و 4 مورد بریج های تقویت شده با فایبر انجام شود و در جدول مربوطه ثبت گردد و به امضاء استاد راهنما رسیده و مورد ارزیابی قرار گیرد.

17-2 فرم ثبت ایمپلنتهای نیازمند کراون و بریج (فرم اطلاعاتی شماره 18)

در این مرحله باید حداقل 8 مورد کراون و بریج بر روی ایمپلنت انجام شود و در جدول مربوطه ثبت گردد و به امضاء استاد راهنما رسیده و مورد ارزیابی قرار گیرد.

18-2 فرم ثبت اطلاعات مربوط به پره کلینیک ترمیمی 1 (فرمهای اطلاعاتی شماره 19)

در این مرحله باید تراش حفرات کلاسیک و وسیع آمالگام و کامپوزیت همراه با تمهیدات گیردار و مقاوم مناسب و ترمیم آنها مطابق جدول شماره 19 انجام شود و به امضاء استاد راهنما رسیده و مورد ارزیابی قرار گیرد.

19-2 فرم ثبت اطلاعات مربوط به پره کلینیک ترمیمی 2 (فرم اطلاعاتی شماره 20)

در این مرحله باید تراش اینله و انله کست متال اینله انله هم رنگ دندان ونیر کراون پارشیل کراون کامل و بریج چسبنده، مطابق جدول شماره 21 انجام شود و به امضاء استاد راهنما رسیده و مورد ارزیابی قرار گیرد.

جمهوری اسلامی ایران

وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی همدان

معاونت آموزشی

دانشکده دندانپزشکی

فرمهای اطلاعاتی کارنمای آموزش تخصصی رشته دندانپزشکی ترمیمی

« بنام خداوند بخشنده مهربان »

جمهوری اسلامی ایران

وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی همدان

معاونت آموزشی

دانشکده دندانپزشکی

فرم اطلاعاتی شماره 1: مشخصات دستیار رشته ترمیمی	
نام و نام خانوادگی	
شماره دانشجویی	
سال فارغ التحصیلی	
مدت زمان و محل طرح عمومی	
آدرس و تلفن منزل	
تلفن همراه	
آدرس الکترونیک	

--	--

فرم اطلاعاتی شماره 2

شماره پرونده :		○ هشدار پزشکی
تاریخ :	به نام خدا	

نام و نام خانوادگی بیمار :	تاریخ تولد :	شغل :
.....		
آدرس :		
تلفن :		

	تاریخچه پزشکی :		
<p>❖ مشکل اصلی دندان شـما چیسـت ؟</p> <p>.....</p>			
<p>❖ مبتلا به کدام بیماری یا مشکلات زیر بوده یا هستید ؟</p>			
بیماری قلبی <input type="checkbox"/>	فشار خون بالا <input type="checkbox"/>	سکته مغزی <input type="checkbox"/>	بیماری کبدی ، هپاتیت ، <input type="checkbox"/>
زردی <input type="checkbox"/>			
مشکلات تیروئیدی <input type="checkbox"/>	مشکلات کلیوی <input type="checkbox"/>	کم خونی <input type="checkbox"/>	بیماری خونی و <input type="checkbox"/>
خونریزی معده <input type="checkbox"/>			
دیابت (مرض قند) <input type="checkbox"/>	سل <input type="checkbox"/>	تشنج <input type="checkbox"/>	بیماری گوارشی <input type="checkbox"/>
بیماری مفصلی <input type="checkbox"/>	ایدز <input type="checkbox"/>	مشکلات تنفسی <input type="checkbox"/>	بیماری اعصاب و روان <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>			

آسم پیوند عضو سینوزیت شیمی درمانی و رادیوتراپی

❖ آیا به دارو و یا مورد خاصی حساسیت دارید؟

حساسیت به پنی سیلین حساسیت به آمپول بیحسی سایر موارد:

❖ آیا داروی خاصی مصرف میکنید؟ در صورت مثبت بودن ذکر کنید.

❖ آیا سیگار الکل مواد مخدر سایر موارد:

مصرف میکنید؟

❖ در مورد خانم ها؟ بار داری شیر دهی سایر موارد:

❖ آیا تحت نظر و مراقبت پزشک هستید به چه علت؟

.....

❖ نام آدرس پزشک معالج:

❖ آیا سابقه بستری شدن در بیمارستان داشته اید؟ در صورت مثبت بودن ذکر کنید:

.....

❖ آیا تاکنون تزریق خون داشته اید یا خون داده اید؟ خیر بلی

اینجانب: صحت مطالب فوق را کاملا تایید نموده و پس از معاینه شدن توسط

دندانپزشک معالج خود، طرح درمان ارائه شده از سوی وی را پذیرفته و تمامی مسئولیت آن را آگاهانه بر عهده

می گیرم.

امضا بیمار

نوع اکلوزن :

تاریخچه دندانپزشکی و اطلاعات رادیوگرافی دندان مورد درمان :

طرح درمان :

--

استاد راهنما :

امضاء

فرم اطلاعاتی شماره 3 : ثبت ترمیم های مربوط به انواع پوسیدگی های کلاسیک آمالگام

ردیف	نام و نام خانوادگی	شماره پرونده	نوع اکلوزن	دندان مورد ترمیم	توضیحات تکمیلی لازم در خصوص روند ترمیم	امضای استاد راهنما	نمره ارزیابی
1							
2							

							3
							4

فرم اطلاعاتی شماره 3 : ثبت ترمیم های مربوط به انواع پوسیدگی های کلاسیک آمالگام							
ردیف	نام و نام خانوادگی	شماره پرونده	نوع اکلوزن	دندان مورد ترمیم	توضیحات تکمیلی لازم در خصوص روند ترمیم	امضای استاد راهنما	نمره ارزیابی
5							
6							

							7
							8

فرم اطلاعاتی شماره 3 : ثبت ترمیم های مربوط به انواع پوسیدگی های کلاسیک آمالگام							
ردیف	نام و نام خانوادگی	شماره پرونده	نوع اکلوزن	دندان مورد ترمیم	توضیحات تکمیلی لازم در خصوص روند ترمیم	امضای استاد راهنما	نمره ارزیابی
							9

							10
							11
							12

فرم اطلاعاتی شماره 3 : ثبت ترمیم های مربوط به انواع پوشیدگی های کلاسیک آمالگام							
ردیف	نام و نام خانوادگی	شماره پرونده	نوع اکلوزن	دندان مورد ترمیم	توضیحات تکمیلی لازم در خصوص روند ترمیم	امضای استاد راهنما	نمره ارزیابی

							14
							15
							16

فرم اطلاعاتی شماره 3 : ثبت ترمیم های مربوط به انواع پوشیدگی های کلاسیک آمالگام							
ردیف	نام و نام خانوادگی	شماره پرونده	نوع اکلوزن	دندان مورد ترمیم	توضیحات تکمیلی لازم در خصوص روند ترمیم	امضای استاد راهنما	نمره ارزیابی
17							

							18
							19
							20

فرم اطلاعاتی شماره 3: ثبت ترمیم های مربوط به انواع پوسیدگی های کلاسیک آمالگام							
ردیف	نام و نام خانوادگی	شماره پرونده	نوع اکلوزن	دندان مورد ترمیم	توضیحات تکمیلی لازم در خصوص روند ترمیم	امضای استاد راهنما	نمره ارزیابی
21							

							22
							23
							24

فرم اطلاعاتی شماره 3 : ثبت ترمیم های مربوط به انواع پوسیدگی های کلاسیک آمالگام							
ردیف	نام و نام خانوادگی	شماره پرونده	نوع اکلوزن	دندان مورد ترمیم	توضیحات تکمیلی لازم در خصوص روند ترمیم	امضای استاد راهنما	نمره ارزیابی
							25

							26
							27
							28

فرم اطلاعاتی شماره 3 : ثبت ترمیم های مربوط به انواع پوسیدگی های کلاسیک آمالگام							
ردیف	نام و نام خانوادگی	شماره پرونده	نوع اکلوزن	دندان مورد ترمیم	توضیحات تکمیلی لازم در خصوص روند ترمیم	امضای استاد راهنما	نمره ارزیابی
							29

							30
							31
							32

نمره ارزیابی نهایی گروه از دستیار در انجام ترمیم های مربوط به انواع پوسیدگی های کلاسیک آمالگام

نمره :

امضاء مسئول تخصصی گروه :

فرم اطلاعاتی شماره 4 : ثبت ترمیم های مربوط به انواع پوسیدگی های وسیع آمالگام در دندانهای وایتال

ردیف	نام و نام خانوادگی	شماره پرونده	نوع اکلوزن	دندان مورد ترمیم	توضیحات تکمیلی لازم در خصوص روند ترمیم	امضای استاد راهنما	نمره ارزیابی

							1
							2
							3
							4

فرم اطلاعاتی شماره 4 : ثبت ترمیم های مربوط به انواع پوسیدگی های وسیع آمالگام در دندانهای ویتال							
ردیف	نام و نام خانوادگی	شماره پرونده	نوع اکلوزن	دندان مورد ترمیم	توضیحات تکمیلی لازم در خصوص روند ترمیم	امضای استاد راهنما	نمره ارزیابی

							5
							6
							7
							8

فرم اطلاعاتی شماره 4 : ثبت ترمیم های مربوط به انواع پوسیدگی های وسیع آمالگام در دندانهای وایتال

ردیف	نام و نام خانوادگی	شماره پرونده	نوع اکلوزن	دندان مورد ترمیم	توضیحات تکمیلی لازم در خصوص روند ترمیم	امضای استاد راهنما	نمره ارزیابی
9							
10							
11							
12							

فرم اطلاعاتی شماره 4 : ثبت ترمیم های مربوط به انواع پوسیدگی های وسیع آمالگام در دندانهای وایتال

ردیف	نام و نام خانوادگی	شماره پرونده	نوع اکلوزن	دندان مورد ترمیم	توضیحات تکمیلی لازم در خصوص روند ترمیم	امضای استاد راهنما	نمره ارزیابی
13							
14							
15							
16							

فرم اطلاعاتی شماره 4 : ثبت ترمیم های مربوط به انواع پوسیدگی های وسیع آمالگام در دندانهای وایتال

ردیف	نام و نام خانوادگی	شماره پرونده	نوع اکلوزن	دندان مورد ترمیم	توضیحات تکمیلی لازم در خصوص روند ترمیم	امضای استاد راهنما	نمره ارزیابی
17							
18							
19							
20							

فرم اطلاعاتی شماره 4 : ثبت ترمیم های مربوط به انواع پوسیدگی های وسیع آمالگام در دندانهای وایتال

ردیف	نام و نام خانوادگی	شماره پرونده	نوع اکلوزن	دندان مورد ترمیم	توضیحات تکمیلی لازم در خصوص روند ترمیم	امضای استاد راهنما	نمره ارزیابی
21							
22							
23							
24							

فرم اطلاعاتی شماره 4 : ثبت ترمیم های مربوط به انواع پوسیدگی های وسیع آمالگام در دندانهای وایتال

ردیف	نام و نام خانوادگی	شماره پرونده	نوع اکلوزن	دندان مورد ترمیم	توضیحات تکمیلی لازم در خصوص روند ترمیم	امضای استاد راهنما	نمره ارزیابی
25							
26							
27							
28							

فرم اطلاعاتی شماره 4 : ثبت ترمیم های مربوط به انواع پوسیدگی های وسیع آمالگام در دندانهای وایتال

ردیف	نام و نام خانوادگی	شماره پرونده	نوع اکلوزن	دندان مورد ترمیم	توضیحات تکمیلی لازم در خصوص روند ترمیم	امضای استاد راهنما	نمره ارزیابی
29							
30							
31							
32							

نمره ارزیابی نهایی گروه از دستیار در انجام ترمیم های مربوط به انواع پوسیدگی های وسیع آمالگام در دندانهای وایتال
 امضاء مسئول تخصصی گروه :
 نمره:

فرم اطلاعاتی شماره 5 : ثبت ترمیم های آمالگامی مربوط به دندانهای معالجه ریشه شده

ردیف	نام و نام خانوادگی	شماره پرونده	نوع اکلوزن	دندان مورد ترمیم	توضیحات تکمیلی لازم در خصوص روند ترمیم	امضای استاد راهنما	نمره ارزیابی
1							
2							
3							
4							

فرم اطلاعاتی شماره 5 : ثبت ترمیم های آمالگامی مربوط به دندانهای معالجه ریشه شده

ردیف	نام و نام خانوادگی	شماره پرونده	نوع اکلوزن	دندان مورد ترمیم	توضیحات تکمیلی لازم در خصوص روند ترمیم	امضای استاد راهنما	نمره ارزیابی
5							
6							
7							
8							

فرم اطلاعاتی شماره 5 : ثبت ترمیم های آمالگامی مربوط به دندانهای معالجه ریشه شده

ردیف	نام و نام خانوادگی	شماره پرونده	نوع اکلوزن	دندان مورد ترمیم	توضیحات تکمیلی لازم در خصوص روند ترمیم	امضای استاد راهنما	نمره ارزیابی
9							
10							
11							
12							

فرم اطلاعاتی شماره 5 : ثبت ترمیم های آمالگامی مربوط به دندانهای معالجه ریشه شده

ردیف	نام و نام خانوادگی	شماره پرونده	نوع اکلوزن	دندان مورد ترمیم	توضیحات تکمیلی لازم در خصوص روند ترمیم	امضای استاد راهنما	نمره ارزیابی
13							
14							
15							
16							

فرم اطلاعاتی شماره 5 : ثبت ترمیم های آمالگامی مربوط به دندانهای معالجه ریشه شده

ردیف	نام و نام خانوادگی	شماره پرونده	نوع اکلوزن	دندان مورد ترمیم	توضیحات تکمیلی لازم در خصوص روند ترمیم	امضای استاد راهنما	نمره ارزیابی
17							
18							
19							
20							

فرم اطلاعاتی شماره 5 : ثبت ترمیم های آمالگامی مربوط به دندانهای معالجه ریشه شده

ردیف	نام و نام خانوادگی	شماره پرونده	نوع اکلوزن	دندان مورد ترمیم	توضیحات تکمیلی لازم در خصوص روند ترمیم	امضای استاد راهنما	نمره ارزیابی
21							
22							
23							
24							

فرم اطلاعاتی شماره 5 : ثبت ترمیم های آمالگامی مربوط به دندانهای معالجه ریشه شده

ردیف	نام و نام خانوادگی	شماره پرونده	نوع اکلوزن	دندان مورد ترمیم	توضیحات تکمیلی لازم در خصوص روند ترمیم	امضای استاد راهنما	نمره ارزیابی
25							
26							
27							
28							

فرم اطلاعاتی شماره 5 : ثبت ترمیم های آمالگامی مربوط به دندانهای معالجه ریشه شده

ردیف	نام و نام خانوادگی	شماره پرونده	نوع اکلوزن	دندان مورد ترمیم	توضیحات تکمیلی لازم در خصوص روند ترمیم	امضای استاد راهنما	نمــره ارزیابی
29							
30							
31							
32							

نمره ارزیابی نهایی گروه از دستیار در انجام ترمیم های آمالگامی مربوط به دندانهای معالجه ریشه شده

امضاء مسئول تخصصی گروه :

نمره:

فرم اطلاعاتی شماره 6 : ثبت ترمیم های مربوط به انواع پوسیدگی های کلاسیک کامپوزیت

ردیف	نام و نام خانوادگی	شماره پرونده	نوع اکلوزن	دندان مورد ترمیم	توضیحات تکمیلی لازم در خصوص روند ترمیم	امضای استاد راهنما	نمره ارزیابی
1							
2							
3							
4							

فرم اطلاعاتی شماره 6 : ثبت ترمیم های مربوط به انواع پوسیدگی های کلاسیک کامپوزیت

ردیف	نام و نام خانوادگی	شماره پرونده	نوع اکلوزن	دندان مورد ترمیم	توضیحات تکمیلی لازم در خصوص روند ترمیم	امضای استاد راهنما	نمره ارزیابی
5							
6							
7							
8							

فرم اطلاعاتی شماره 6 : ثبت ترمیم های مربوط به انواع پوشیدگی های کلاسیک کامپوزیت

ردیف	نام و نام خانوادگی	شماره پرونده	نوع اکلوزن	دندان مورد ترمیم	توضیحات تکمیلی لازم در خصوص روند ترمیم	امضای استاد راهنما	نمره ارزیابی
9							
10							
11							
12							

فرم اطلاعاتی شماره 6 : ثبت ترمیم های مربوط به انواع پوشیدگی های کلاسیک کامپوزیت

ردیف	نام و نام خانوادگی	شماره پرونده	نوع اکلوزن	دندان مورد ترمیم	توضیحات تکمیلی لازم در خصوص روند ترمیم	امضای استاد راهنما	نمره ارزیابی
13							
14							
15							
16							

فرم اطلاعاتی شماره 6 : ثبت ترمیم های مربوط به انواع پوشیدگی های کلاسیک کامپوزیت

ردیف	نام و نام خانوادگی	شماره پرونده	نوع اکلوزن	دندان مورد ترمیم	توضیحات تکمیلی لازم در خصوص روند ترمیم	امضای استاد راهنما	نمره ارزیابی
17							
18							
19							
20							

فرم اطلاعاتی شماره 6 : ثبت ترمیم های مربوط به انواع پوشیدگی های کلاسیک کامپوزیت

ردیف	نام و نام خانوادگی	شماره پرونده	نوع اکلوزن	دندان مورد ترمیم	توضیحات تکمیلی لازم در خصوص روند ترمیم	امضای استاد راهنما	نمره ارزیابی
21							
22							
23							
24							

فرم اطلاعاتی شماره 6 : ثبت ترمیم های مربوط به انواع پوشیدگی های کلاسیک کامپوزیت

ردیف	نام و نام خانوادگی	شماره پرونده	نوع اکلوزن	دندان مورد ترمیم	توضیحات تکمیلی لازم در خصوص روند ترمیم	امضای استاد راهنما	نمره ارزیابی
25							
26							
27							
28							

نمره ارزیابی نهایی گروه از دستیار در انجام ترمیم های مربوط به انواع پوشیدگی های کلاسیک کامپوزیت

نمره:

امضاء مسئول تخصصی گروه :

فرم اطلاعاتی شماره 7: ثبت ترمیم های مربوط به انواع پوسیدگی های وسیع کامپوزیت در دندانهای ویتال

ردیف	نام و نام خانوادگی	شماره پرونده	نوع اکلوزن	دندان مورد ترمیم	توضیحات تکمیلی لازم در خصوص روند ترمیم	امضای استاد راهنما	نمره ارزیابی
1							
2							
3							
4							

فرم اطلاعاتی شماره 7: ثبت ترمیم های مربوط به انواع پوسیدگی های وسیع کامپوزیت در دندانهای وایتال

ردیف	نام و نام خانوادگی	شماره پرونده	نوع اکلوزن	دندان مورد ترمیم	توضیحات تکمیلی لازم در خصوص روند ترمیم	امضای استاد راهنما	نمره ارزیابی
5							
6							
7							
8							

فرم اطلاعاتی شماره 7 : ثبت ترمیم های مربوط به انواع پوسیدگی های وسیع کامپوزیت در دندانهای وایتال

ردیف	نام و نام خانوادگی	شماره پرونده	نوع اکلوزن	دندان مورد ترمیم	توضیحات تکمیلی لازم در خصوص روند ترمیم	امضای استاد راهنما	نمره ارزیابی
9							
10							
11							
12							

فرم اطلاعاتی شماره 7 : ثبت ترمیم های مربوط به انواع پوسیدگی های وسیع کامپوزیت در دندانهای وایتال

ردیف	نام و نام خانوادگی	شماره پرونده	نوع اکلوزن	دندان مورد ترمیم	توضیحات تکمیلی لازم در خصوص روند ترمیم	امضای استاد راهنما	نمره ارزیابی
13							
14							
15							
16							

فرم اطلاعاتی شماره 7 : ثبت ترمیم های مربوط به انواع پوسیدگی های وسیع کامپوزیت در دندانهای وایتال

ردیف	نام و نام خانوادگی	شماره پرونده	نوع اکلوزن	دندان مورد ترمیم	توضیحات تکمیلی لازم در خصوص روند ترمیم	امضای استاد راهنما	نمره ارزیابی
17							
18							
19							
20							

فرم اطلاعاتی شماره 7 : ثبت ترمیم های مربوط به انواع پوسیدگی های وسیع کامپوزیت در دندانهای وایتال

ردیف	نام و نام خانوادگی	شماره پرونده	نوع اکلوزن	دندان مورد ترمیم	توضیحات تکمیلی لازم در خصوص روند ترمیم	امضای استاد راهنما	نمره ارزیابی
21							
22							
23							
24							

فرم اطلاعاتی شماره 7 : ثبت ترمیم های مربوط به انواع پوسیدگی های وسیع کامپوزیت در دندانهای وایتال

ردیف	نام و نام خانوادگی	شماره پرونده	نوع اکلوزن	دندان مورد ترمیم	توضیحات تکمیلی لازم در خصوص روند ترمیم	امضای استاد راهنما	نمره ارزیابی
25							
26							
27							
28							

فرم اطلاعاتی شماره 7 : ثبت ترمیم های مربوط به انواع پوسیدگی های وسیع کامپوزیت در دندانهای وایتال

ردیف	نام و نام خانوادگی	شماره پرونده	نوع اکلوزن	دندان مورد ترمیم	توضیحات تکمیلی لازم در خصوص روند ترمیم	امضای استاد راهنما	نمره ارزیابی
29							
30							
31							
32							

نمره ارزیابی نهایی گروه از دستیار در انجام ترمیم های مربوط به انواع پوسیدگی های وسیع کامپوزیت در دندانهای وایتال
 امضاء مسئول تخصصی گروه :
 نمره:

فرم اطلاعاتی شماره 8 : ثبت ترمیم های کامپوزیتی در دندانهای نان وایتال

ردیف	نام و نام خانوادگی	شماره پرونده	نوع اکلوزن	دندان مورد ترمیم	توضیحات تکمیلی لازم در خصوص روند ترمیم	امضای استاد راهنما	نمره ارزیابی
1							
2							
3							
4							

فرم اطلاعاتی شماره 8 : ثبت ترمیم های کامپوزیتی در دندانهای نان وایتال

ردیف	نام و نام خانوادگی	شماره پرونده	نوع اکلوزن	دندان مورد ترمیم	توضیحات تکمیلی لازم در خصوص روند ترمیم	امضای استاد راهنما	نمره ارزیابی
5							
6							
7							
8							

فرم اطلاعاتی شماره 8 : ثبت ترمیم های کامپوزیتی در دندانهای نان وایتال

ردیف	نام و نام خانوادگی	شماره پرونده	نوع اکلوزن	دندان مورد ترمیم	توضیحات تکمیلی لازم در خصوص روند ترمیم	امضای استاد راهنما	نمره ارزیابی
9							
10							
11							
12							

فرم اطلاعاتی شماره 8 : ثبت ترمیم های کامپوزیتی در دندانهای نان وایتال

ردیف	نام و نام خانوادگی	شماره پرونده	نوع اکلوزن	دندان مورد ترمیم	توضیحات تکمیلی لازم در خصوص روند ترمیم	امضای استاد راهنما	نمره ارزیابی
13							
14							
15							
16							

فرم اطلاعاتی شماره 8 : ثبت ترمیم های کامپوزیتی در دندانهای نان وایتال

ردیف	نام و نام خانوادگی	شماره پرونده	نوع اکلوزن	دندان مورد ترمیم	توضیحات تکمیلی لازم در خصوص روند ترمیم	امضای استاد راهنما	نمره ارزیابی
17							
18							
19							
20							

فرم اطلاعاتی شماره 8 : ثبت ترمیم های کامپوزیتی در دندانهای نان وایتال

ردیف	نام و نام خانوادگی	شماره پرونده	نوع اکلوزن	دندان مورد ترمیم	توضیحات تکمیلی لازم در خصوص روند ترمیم	امضای استاد راهنما	نمره ارزیابی
21							
22							
23							
24							

فرم اطلاعاتی شماره 8 : ثبت ترمیم های کامپوزیتی در دندانهای نان وایتال

ردیف	نام و نام خانوادگی	شماره پرونده	نوع اکلوزن	دندان مورد ترمیم	توضیحات تکمیلی لازم در خصوص روند ترمیم	امضای استاد راهنما	نمره ارزیابی
25							
26							
27							
28							

فرم اطلاعاتی شماره 8 : ثبت ترمیم های کامپوزیتی در دندانهای نان وایتال

ردیف	نام و نام خانوادگی	شماره پرونده	نوع اکلوزن	دندان مورد ترمیم	توضیحات تکمیلی لازم در خصوص روند ترمیم	امضای استاد راهنما	نمره ارزیابی
29							
30							
31							
32							

نمره ارزیابی نهایی گروه از دستیار در انجام ترمیم های کامپوزیتی در دندانهای نان وایتال

نمره:

امضاء مسئول تخصصی گروه :

فرم اطلاعاتی شماره 9 : ثبت ترمیم های ریختگی فلزی

ردیف	نام و نام خانوادگی	شماره پرونده	نوع اكلوژن	دندان مورد ترمیم	توضیحات تکمیلی لازم در خصوص روند ترمیم	امضای استاد راهنما	نمره ارزیابی
1							
2							
3							
4							

فرم اطلاعاتی شماره 9 : ثبت ترمیم های ریختگی فلزی

ردیف	نام و نام خانوادگی	شماره پرونده	نوع اکلوزن	دندان مورد ترمیم	توضیحات تکمیلی لازم در خصوص روند ترمیم	امضای استاد راهنما	نمره ارزیابی
5							
6							
7							
8							

نمره ارزیابی نهایی گروه از دستیار در انجام ترمیم های ریختگی فلزی

نمره:

امضاء مسئول تخصصی گروه :

فرم اطلاعاتی شماره 10 : ثبت ترمیم های اینله - انله هم رنگ دندان

ردیف	نام و نام خانوادگی	شماره پرونده	نوع اکلوزن	دندان مورد ترمیم	توضیحات تکمیلی لازم در خصوص روند ترمیم	امضای استاد راهنما	نمره ارزیابی
1							
2							
3							
4							

فرم اطلاعاتی شماره 10 : ثبت ترمیم های اینله - انله هم رنگ دندان

ردیف	نام و نام خانوادگی	شماره پرونده	نوع اکلوزن	دندان مورد ترمیم	توضیحات تکمیلی لازم در خصوص روند ترمیم	امضای استاد راهنما	نمره ارزیابی
5							
6							
7							
8							

نمره ارزیابی نهایی گروه از دستیار در انجام ترمیم های اینله - انله هم رنگ دندان

نمره:

امضاء مسئول تخصصی گروه :

فرم اطلاعاتی شماره 11 : ثبت بریج های چسبنده (Acid Etch Bridge)

ردیف	نام و نام خانوادگی	شماره پرونده	نوع اکلوزن	دندانهای مورد درمان	توضیحات تکمیلی لازم در خصوص روند درمان	امضای استاد راهنما	نمره ارزیابی
1							
2							
3							
4							

فرم اطلاعاتی شماره 11 : ثبت بریج های چسبنده (Acid Etch Bridge)

ردیف	نام و نام خانوادگی	شماره پرونده	نوع اکلوزن	دندانهای مورد درمان	توضیحات تکمیلی لازم در خصوص روند درمان	امضای استاد راهنما	نمره ارزیابی
5							
6							
7							
8							

نمره ارزیابی نهایی گروه از دستیار در انجام بریج های چسبنده (Acid Etch Bridge)

نمره:

امضاء مسئول تخصصی گروه :

فرم اطلاعاتی شماره 12 : ثبت کراون های سرامیک- فلز یا تمام فلزی [PFM یا FMC]

ردیف	نام و نام خانوادگی	شماره پرونده	نوع اکلوزن	دندانهای مورد درمان	توضیحات تکمیلی لازم در خصوص روند درمان	امضای استاد راهنما	نمره ارزیابی
1							
2							
3							
4							

فرم اطلاعاتی شماره 12 : ثبت کراون های سرامیک- فلز یا تمام فلزی [PFM یا FMC]

ردیف	نام و نام خانوادگی	شماره پرونده	نوع اکلوزن	دندان مورد درمان	توضیحات تکمیلی لازم در خصوص روند درمان	امضای استاد راهنما	نمره ارزیابی
5							
6							
7							
8							

نمره ارزیابی نهایی گروه از دستیار در انجام کراون های سرامیک- فلز یا تمام فلزی [PFM یا FMC]

نمره:

امضاء مسئول تخصصی گروه :

فرم اطلاعاتی شماره 13 : ثبت کراون های تمام سرامیک

ردیف	نام و نام خانوادگی	شماره پرونده	نوع اکلوزن	دندان مورد درمان	توضیحات تکمیلی لازم در خصوص روند درمان	امضای استاد راهنما	نمره ارزیابی
1							
2							
3							
4							

نمره ارزیابی نهایی گروه از دستیار در انجام کراون های تمام سرامیک

امضاء مسئول تخصصی گروه :

نمره:

فرم اطلاعاتی شماره 13 : ثبت کراون های تمام سرامیک یا کامپازیت لابراتوری

ردیف	نام و نام خانوادگی	شماره پرونده	نوع اکلوزن	دندان مورد درمان	توضیحات تکمیلی لازم در خصوص روند درمان	امضای استاد راهنما	نمره ارزیابی
5							
6							
7							
8							

فرم اطلاعاتی شماره 13 : ثبت کراون های تمام سرامیک یا کامپازیت لابراتوری

ردیف	نام و نام خانوادگی	شماره پرونده	نوع اکلوزن	دندان مورد درمان	توضیحات تکمیلی لازم در خصوص روند درمان	امضای استاد راهنما	نمره ارزیابی
9							
10							
11							
12							

نمره ارزیابی نهایی گروه از دستیار در انجام کراون های تمام سرامیک یا کامپازیت لابراتوری

نمره:

امضاء مسئول تخصصی گروه :

فرم اطلاعاتی شماره 14 : ثبت انجام کراون در دندان های نیازمند بریج

ردیف	نام و نام خانوادگی	شماره پرونده	نوع اکلوزن	دندانهای مورد درمان	توضیحات تکمیلی لازم در خصوص روند درمان	امضای استاد راهنما	نمره ارزیابی
1							
2							
3							
4							

فرم اطلاعاتی شماره 14 : ثبت انجام کراون در دندان های نیازمند بریج

ردیف	نام و نام خانوادگی	شماره پرونده	نوع اکلوزن	دندانهای مورد درمان	توضیحات تکمیلی لازم در خصوص روند درمان	امضای استاد راهنما	نمره ارزیابی
5							
6							
7							
8							

نمره ارزیابی نهایی گروه از دستیار در انجام کراون در دندان های نیازمند بریج

نمره:

امضاء مسئول تخصصی گروه :

فرم اطلاعاتی شماره 15 : ثبت درمانهای مربوط به بلیچینگ دندانهای وایتال و نان وایتال

ردیف	نام و نام خانوادگی	شماره پرونده	دندان یا دندانهای مورد درمان	توضیحات تکمیلی لازم در خصوص روند درمان	امضای استاد راهنما	نمره ارزیابی
1						
2						
3						
4						

فرم اطلاعاتی شماره 15 : ثبت درمانهای مربوط به بلیچینگ دندانهای وایتال و نان وایتال

ردیف	نام و نام خانوادگی	شماره پرونده	دندان یا دندانهای مورد درمان	توضیحات تکمیلی لازم در خصوص روند درمان	امضای استاد راهنما	نمره ارزیابی
5						
6						
7						
8						

نمره ارزیابی نهایی گروه از دستیار در انجام درمانهای مربوط به بلیچینگ دندانهای وایتال و نان وایتال

نمره:

امضاء مسئول تخصصی گروه :

فرم اطلاعاتی شماره 16 : ثبت درمانهای مربوط به اسپلینت دندانها

ردیف	نام و نام خانوادگی	شماره پرونده	نوع اکلوزن	علت و دندانهای مورد درمان	توضیحات تکمیلی لازم در خصوص روند درمان	امضای استاد راهنما	نمره ارزیابی
1							
2							
3							
4							

فرم اطلاعاتی شماره 16 : ثبت درمانهای مربوط به اسپلینت دندانها

ردیف	نام و نام خانوادگی	شماره پرونده	نوع اکلوزن	علت و دندانهای مورد درمان	توضیحات تکمیلی لازم در خصوص روند درمان	امضای استاد راهنما	نمره ارزیابی
5							
6							
7							
8							

نمره ارزیابی نهایی گروه از دستیار در انجام درمانهای مربوط به اسپلینت دندانها

نمره:

امضاء مسئول تخصصی گروه :

فرم اطلاعاتی شماره 17 : ثبت درمانهای مربوط به ترمیمهای زیبایی

ردیف	نام و نام خانوادگی	شماره پرونده	نوع اکلوزن	دندانهای مورد درمان	توضیحات تکمیلی لازم در خصوص روند درمان	امضای استاد راهنما	نمره ارزیابی
1							
2							
3							
4							

فرم اطلاعاتی شماره 17 : ثبت درمانهای مربوط به ترمیمهای زیبایی

ردیف	نام و نام خانوادگی	شماره پرونده	نوع اکلوزن	دندانهای مورد درمان	توضیحات تکمیلی لازم در خصوص روند درمان	امضای استاد راهنما	نمره ارزیابی
5							
6							
7							
8							

فرم اطلاعاتی شماره 17 : ثبت درمانهای مربوط به ترمیمهای زیبایی

ردیف	نام و نام خانوادگی	شماره پرونده	نوع اکلوزن	دندانهای مورد درمان	توضیحات تکمیلی لازم در خصوص روند درمان	امضای استاد راهنما	نمره ارزیابی
9							
10							
11							
12							

فرم اطلاعاتی شماره 17 : ثبت درمانهای مربوط به ترمیمهای زیبایی

ردیف	نام و نام خانوادگی	شماره پرونده	نوع اکلوزن	دندانهای مورد درمان	توضیحات تکمیلی لازم در خصوص روند درمان	امضای استاد راهنما	نمره ارزیابی
13							
14							
15							
16							

فرم اطلاعاتی شماره 17 : ثبت درمانهای مربوط به ترمیمهای زیبایی

ردیف	نام و نام خانوادگی	شماره پرونده	نوع اکلوزن	دندانهای مورد درمان	توضیحات تکمیلی لازم در خصوص روند درمان	امضای استاد راهنما	نمره ارزیابی
17							
18							
19							
20							

فرم اطلاعاتی شماره 17 : ثبت درمانهای مربوط به ترمیمهای زیبایی

ردیف	نام و نام خانوادگی	شماره پرونده	نوع اکلوزن	دندانهای مورد درمان	توضیحات تکمیلی لازم در خصوص روند درمان	امضای استاد راهنما	نمره ارزیابی
21							
22							
23							
24							

نمره ارزیابی نهایی گروه از دستیار در انجام درمانهای مربوط به ترمیمهای زیبایی

نمره:

امضاء مسئول تخصصی گروه :

فرم اطلاعاتی شماره 18 : ثبت ایمپلنتهای نیازمند کراون و بریج

ردیف	نام و نام خانوادگی	شماره پرونده	نوع اکلوزن	نوع سیستم و روش جایگذاری	دندانهای مورد درمان	روش بارگذاری و توضیحات تکمیلی	امضای استاد راهنما	نمره ارزیابی
1								
2								
3								
4								

فرم اطلاعاتی شماره 18 : ثبت ایملنتهای نیازمند کراون و بریج

ردیف	نام و نام خانوادگی	شماره پرونده	نوع اکلوزن	نوع سیستم و روش جایگذاری	دندانهای مورد درمان	روش بارگذاری و توضیحات تکمیلی	امضای استاد راهنما	نمره ارزیابی
5								
6								
7								
8								

نمره ارزیابی نهایی گروه از دستیار در انجام ایملنتهای نیازمند کراون و بریج

نمره:

امضاء مسئول تخصصی گروه :

فرم اطلاعاتی شماره 19 : ثبت اطلاعات مربوط به پره کلینیک ترمیمی 1

نمره ارزیابی	امضای استاد راهنما	تراش کلیه حفرات آمالگام بر روی مانکن و آموزش کلیه روش های تراش و ترمیم حفرات
		1 - بستن رابردم بر روی کلیه دندان های فک بالا و پائین بر روی مانکن
		2- تراش حفرات کلاس یک: - Palatal Pit، دندان های 2 چپ و راست بالا - Buccal Pit، دندان های 6 چپ و راست بالا - اکلوزال، دندان های 5، 4 و 6 نیم فک بالا و نیم فک پایین طرف مقابل - شیاریالاتال، دندان های 6 چپ و راست بالا
		3- تراش حفرات کلاس پنج: - باکال و پالاتال، دندان های 5 و 6 نیم فک بالا و نیم فک پایین طرف مقابل
		4 - تراش حفرات کلاس سه آمالگام، دندان های 3 چپ و راست بالا
		5 - تراش حفرات کلاس شش، دندان های 6 چپ و راست پایین

		<p>6 – تراش حفرات کلاس دو:</p> <ul style="list-style-type: none"> - مزیواکلوزال (MO)، دندان های 5 و 6 چپ و راست پایین - دیستواکلوزال (DO)، دندان های 7 چپ و راست بالا - مزیواکلوزال و دیستواکلوزال (MO,DO)، دندان های چپ و راست بالا
		<p>7 – انجام CuspReduction:</p> <ul style="list-style-type: none"> - فانکشنال، دندان 6 پایین - نان فانکشنال، دندان 6 پایین طرف مقابل
		<p>8- انجام Pin Amalgam، دندان های 6 بالا و 6 بالا پایین طرف مقابل و یک دندان 5 پایین</p>
		<p>9- انجام ترمیم حفرات فوق با آمالگام</p>
		<p>– تراش حفرات کامپازیت:</p> <ul style="list-style-type: none"> - کلاس سه، دندان های 1 و 2 نیم فک بالا و نیم فک پایین طرف مقابل - کلاس چهار، دندان های 1 و 2 بالا و پایین در طرف مقابل نسبت به کلاس سه - کلاس پنج، دندان های 3 بالا و 2 و 3 نیم فک پایین طرف مقابل

<p>è ü ü ü ü ü ü ü ü ü ü</p> <p>.....</p>

<p>فرم اطلاعاتی شماره 20 : ثبت اطلاعات مربوط به پره کلینیک ترمیمی 2</p>		
<p>نمره ارزیابی</p>	<p>امضای استاد راهنما</p>	<p>تراش اینله و انله کست متال اینله انله هم رنگ دندان و ونیر</p>

		<p>1 – ساخت اینله و آنله فلزی:</p> <ul style="list-style-type: none"> - تراش - قالب گیری - تهیه دای - Wax up - Casting - امتحان - Cementation - Finishing and Polishing
		<p>2 – ساخت اینله و آنله کامپازیت</p> <ul style="list-style-type: none"> - تراش - قالب گیری - تهیه دای - تهیه اینله و آنله کامپازیت و پلی مریزاسیون (لابراتوری) - امتحان - پرداخت - نصب کردن
		<p>– ساخت اینله و آنله پرسلن:</p> <ul style="list-style-type: none"> - تراش - قالب گیری - تهیه دای - پودر گذاری

		- امتحان
		- پرداخت
		- نصب کردن

نمره ارزیابی نهایی گروه از دستیار در انجام پره کلینیک ترمیمی 2

نمره:

امضاء مسئول تخصصی گروه :