**P26\_019\_FICHE\_CONTROLE\_QUALITE**

mise en place au sein du SCTD »

(Tableau à titre d’information, qui sera utilisé tout au long du marché lors d’une demande de prothèse, ce document ne rentre pas dans le calcul de la note finale, mais il est à retourner **signé** dans les pièces de l’offre pour acceptation du fournisseur et utilisation par nos soins)

Nom de la Procédure : **P26\_019\_AO OUVERT POUR LA FOURNITURE DE PROTHESES DENTAIRES ET PRESTATIONS ASSOCIEES**

Nom du Fournisseur : ……………………………………………………………………………………………………………………….

Tableau initial contrôle qualité

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Numéro anonymisé du patient | | |  | |
| Nom du demandeur | | |  | |
| Nature du travail : | | |  | |
|  | | |  | |
| **Item contrôlés** | | **Oui** | **Non** | **Commentaire** |
| Travail réalisé | |  |  |  |
| Délai respecté | |  |  |  |
| Respect de la fiche de laboratoire | |  |  |  |
| Montage en articulateur | Modèle montés |  |  |  |
| Articulateur fourni |  |  |  |
| Prothèse fixée | Respect des limites |  |  |  |
| Friction |  |  |  |
| Esthétique |  |  |  |
| Occlusion |  |  |  |
| Matériau |  |  |  |
| Prothèse amovible partielle | Respect des tracés |  |  |  |
| Position des crochets |  |  |  |
| Qualité du montage |  |  |  |
| Occlusion |  |  |  |
| Respect des limites de l’empreinte |  |  |  |
| Prothèse complète | Qualité du montage |  |  |  |
| Occlusion |  |  |  |
| Respect des limites de l’empreinte |  |  |  |
| Prothèse implantaire | Connectiques adéquates |  |  |  |
| Adaptation |  |  |  |
| Qualité du montage |  |  |  |
| Esthétique |  |  |  |
| Occlusion |  |  |  |