TRACCIATO CEFALOMETRICO INTERMEDIO

Obbligatorio in:

* **casi clinici affrontati con chirurgia ortognatica.**
* **casi tipologia IBO n 1 quando presente teleradiografia LL intermedia**



|  |
| --- |
| **CASO 1** |
| **INIZIALI del PAZIENTE A.D.C.** |
| **DATA del RECORD INTERMEDIO 15.06.2018** |
| **ETA’ del PAZIENTE 12,4** |