MAXILLO-FACIAL 3D

pour usage interne

NIP :
Date d'examen : / /
Voxel : FOV :
Temps d'acquisition :
Opérateur :

"Vous ne verrez jamais plus vos patients de la même façon"

Dre Manon Paquette, D.M.D., M.S., Cert. Radiologie Buccale et Maxillo-Faciale
Tél. fax : 514-524-0567 1823 Sherbrooke Est, Montréal, Qc H2K 1B4
info@MaxilloFacial3dMontreal.com

Nom : Né(e) le : / / Tél rés : sexe : ( ) M
Trav : ( ) F
Prochain rendez-vous chez vous : / / Cell :

Référé par Dr(e) :

Tél. clinique : Adresse clinique (SVP votre étampe) :

○ **Panogramme**

○ **Tomodensitométrie volumique** pour : ( ) Maxillaire ( ) Mandibule ( ) 2 arcades

- ❑ Imagerie Pré-Chirurgicale pour implant :
  Si guide radiologique ou modèle svp le fournir
- ❑ Étude limitée de 1 à 3 dents adjacentes

								1	2						
8	7	6	5	4	3	2	1			1	2	3	4	5	6	7	8
8	7	6	5	4	3	2	1			1	2	3	4	5	6	7	8
								4	3						

- ❑ Analyse de l'ATM : O Occlusion habituelle O Ouverture maximale
  O Occlusion Forcée O Avec Stent (svp fournir)
  O Bout à bout O Au repos
- ❑ Étude Orthodontique
- ❑ Investigation: O Sinus O Dent incluse : _____
  ○ Position du canal mandibulaire O Évaluation des voies respiratoires supérieures
  ○ Pathologie : _____
  ○ Évaluation du support osseux d'une dent : _____
  ○ Autre : _____
- ❑ Pathologie complexe:_____

MÉDIAS demandés:

- ❑ Images imprimées format papier
- ❑ Images imprimées format film
- ❑ Transmission des données via site internet FTP
- ❑ CD-rom format DICOM

LOGICIELS utilisés:

- ❑ NobelGuide (2 scans) O VIP O Dolphin (Ortho)
- ❑ Simplant/ Facilitate O sans conversion
  O avec conversion (*svp remplir aussi la prescription SimPlant)*
  O Dual Scan (scan du guide radiologique)
  O Scan Optique du modèle et cirage diagnostique