



PRESCRIPTION

SERVICES D'IMAGERIE 3D par tomographie volumique à faisceau conique (CBCT)

Afin de prendre un rendez-vous, veuillez remplir ce formulaire et le faire parvenir par télécopieur 450-445-8255 ou par courriel à info@specialistes-dentaires.ca

| PATIENT | | DENTISTE | |
|---|--|-------------|--|
| Nom : | | Nom : | |
| Date de Naissance : | | Adresse : | |
| Téléphone domicile : | | | |
| Bureau : | | Téléphone : | |
| Cellulaire : | | Courriel: | |
| <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F | | | |

| | | | | |
|------------------|----------------------------------|---------------------------------|------------------------------|---|
| Raison du Scan : | <input type="checkbox"/> Implant | <input type="checkbox"/> Lésion | <input type="checkbox"/> ATM | <input type="checkbox"/> Autre, spécifiez : |
| | | | | |
| | | | | |

| | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|
| <input type="checkbox"/> Maxillaire <input type="checkbox"/> Mandibule <input type="checkbox"/> Région spécifique, encerclez | | | | | | | | | | | | | | | |
| 18 | 17 | 16 | 15 | 14 | 13 | 12 | 11 | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 | 27 | 28 |
| 48 | 47 | 46 | 45 | 44 | 43 | 42 | 41 | 31 | 32 | 33 | 34 | 35 | 36 | 37 | 38 |

Type de scan :

| | | | | | | | |
|--|------------------------------|-------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|----------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|
| (Région spécifique) <input type="checkbox"/> 5x5 | <input type="checkbox"/> 8x8 | <input type="checkbox"/> 10x5 | <input type="checkbox"/> 10x10 | <input type="checkbox"/> 17x11 | <input type="checkbox"/> 17x13.5 | <input type="checkbox"/> 8x8 - ATM | <input type="checkbox"/> 17x6 - ATM |
| Frais de 250\$ | | | | Frais de 350\$ | | | |

Frais additionnels optionnels pour un rapport spécifique (cochez):

- mesures en vue d'implants (35\$) Dent incluse (50\$)
 Lésion endodontique (50\$) pathologie (50\$) ATM (75\$)

Autre :

- Avec guide radiologique
 (dual scan) (frais de 100\$)
 Conversion SImplant
 une arcade (frais de 175\$) deux arcades (frais de 300\$)

Informations supplémentaires:

Vous désirez recevoir le fichier par :

| | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> CD-Rom <input type="radio"/> Remis au patient <input type="radio"/> Envoyé par la poste <input type="checkbox"/> Lien électronique via l'adresse courriel suivante : | Vous désirez recevoir le rapport du radiologiste par : <input type="checkbox"/> Courriel : _____ <input type="checkbox"/> Télécopieur : _____ <i>Note : Vous recevez le rapport quelques jours suivant le scan. L'analyse et les rapports sont faits par le dr Daniel Turgeon, radiologiste dentaire, enseignant à l'université de Montréal.</i> |
|---|--|

Signature du dentiste

Date

Notez que les prix sont sujets à changement sans préavis