



**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](mailto:info@specialistes-dentaires.ca)

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

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 :

<input type="checkbox"/> 4x4	<input type="checkbox"/> 5x5	<input type="checkbox"/> 6 x 6	<input type="checkbox"/> 5x8	<input type="checkbox"/> 8x5	<input type="checkbox"/> 10x5	<input type="checkbox"/> 12x5	<input type="checkbox"/> 8x8	<input type="checkbox"/> 10x10	<input type="checkbox"/> 12x10	<input type="checkbox"/> 8x8 - ATM
<b>Une dent à deux dents</b> Frais de 395\$			Frais de 495\$							

**Frais additionnels optionnels pour un rapport spécifique (cochez):**

- Mesures en vue d'un d'implant (35\$)  Mesures implants/quadrant (45\$)  
 Lésion endodontique (50\$)  pathologie (50\$)  ATM (75\$)  Dent incluse (50\$)

**Autre :** avec guide radiologique

- Dual scan (frais de 100\$)

Informations supplémentaires:

Vous désirez recevoir le fichier par :

<input type="checkbox"/> <b>CD-Rom</b> <input type="radio"/> Remis au patient <input type="radio"/> Envoyé par la poste <input type="checkbox"/> Lien électronique via l'adresse courriel suivante :	<b>Vous désirez recevoir le rapport du radiologiste par :</b> <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*