



- ☐ **Maxillo-Facial 3D du Grand-Montréal:** 1823, rue Sherbrooke Est, Montréal (Qc) H2K 1B4 • Fax.: 514 524-0567
- ☐ **imMAX Rive-Sud:** 1875, du Caribou, Suite 141, Longueuil (Qc) J4N 0C9 • info@immaxquebec.com
- ☐ **imMAX Rive-Nord:** 216, boul. Labelle, Rosemère (Qc) J7A 2H4 • Fax.: 450-951-6167 • info@probuca.ca
- ☐ **Magog MiCAT CDF:** 51, des Pins, Magag (Qc) J1X 2H6 • Fax.: 819-868-1616
- ☐ **RésoScan CLM:** 2984, boul. Taschereau, bur. 102, Greenfield Park (Qc) J4V 2G9 • Fax.: 450 671-9284

DEMANDE D'EXAMEN - REQUISITION

Imagerie dentaire et maxillo-faciale - Dental and maxillo-facial imaging

Renseignements sur le patient / Patient information

Nom/ _____ D.D.N./ _____
Name _____ D.O.B. _____
Tél. Maison/ _____ Tél. Travail/ _____ Cell. _____
Tel. Home _____ Tel. Work _____
Adresse/ _____ Code postal/ _____
Address _____ Postal Code _____

Renseignements cliniques / Clinical information

- ☐ Allergie iode
☐ Iodine allergy

Choisir : ☐ Conebeam CT scan ☐ Scan médical multiples coupes

Implants dentaires : ☐ Maxillaire ☐ Mandibule Région _____
☐ Avec guide radiologique ☐
☐ Conversion SimPlant ☐ Autre _____
☐ Dual Scan 2 scans

ATM : ☐ Bouche fermée ☐ Bouche ouverte ☐ Avec appareil ☐ Repos
☐ Bout-à-bout ☐ Autre _____

Analyse orthodontique (Analyse orthodontique) _____

Localisation du canal mandibulaire _____

Dents de sagesse _____ Dent incluse _____

Pathologie _____

Évaluation des voies respiratoires _____

Résonance magnétique / Magnetic resonance imaging

☐ ATM droite et gauche ☐ sans Bite ☐ avec Bite

Autre _____

☐ Rapport en français ☐ Report in english

Adresse : _____ Tél. : _____

_____ Courriel: _____

Signature

_____ Date : _____

_____ Licence : _____