

Maxillo-Facial 3D du Grand Montréal
1823, Sherbrooke Est, Montréal, QC H2K 1B4
(514) 524-0567

Imagerie Zenith
2070, Victoria, Greenfield Park, QC J4V 1M8
(450) 286-1797

imMAX Rive-Nord
216, boul. Labelle, Rosemère QC J7A 2H4
(450)951-6169

Résoscan CLM pour Scan médical et IRM
2984, boul. Taschereau Bur. 102, Greenfield Park, QC J4V 2G9
(450) 671-6173

Dentiste référent

ADRESSE OU ÉTAMPE

Rapport en français

Rapport en anglais

Signature

Licence

Date

Patient

Nom/Name _____ Sexe : Masculin Féminin

Date de naissance : ___JJ / MM / AAAA__ Tél : _____

Renseignements cliniques – signes et symptômes pertinents

TVFC / Conebeam CT scan **Scan médical multiples coupes**

Implants dentaires: Maxillaire Région : _____

Mandibule Région : _____

Avec guide radiologique Scan du guide seul (dual scan)

Localisation d'une dent incluse : #dent : _____

Localisation du nerf dentaire inférieur : #dent : _____

Recherche de pathologie : région _____

Articulations temporo-mandibulaires : Bouche fermée Bouche ouverte

Imagerie par résonance magnétique (IRM) / Magnetic resonance imaging (MRI)

Articulations temporo-mandibulaires: Bouche fermée/ Bouche ouverte

Avec articulé