



Magog I-Cat Centre Dentaire Fontaine Inc.

51 Rue de Pins, Magog, Québec J1X 2H6
Tél : (819) 843-5061 • FAX : (819) 868-1616 • drmarcafontaine@bellnet.ca
Membre du réseau imMAX Québec Inc. • www.immaxqc.com

DEMANDE D'EXAMEN - Tomodensitométrie volumique (TVFC)

Renseignements sur le patient

Nom : _____
Sexe: ☐ Homme ☐ Femme
Téléphone : _____
Date de naissance : _____

Renseignements sur le dentiste référent (étampe)

Téléphone : _____

MOTIF DE CONSULTATION

IMPLANTS DENTAIRES

☐ Maxillaire ☐ Mandibule
☐ Guide radiologique fourni
☐ Évaluation des sinus
☐ Inclure la branche montante
☐ Évaluation de la symphyse mentonnière
☐ Conversion SimPlant/Facilitate
☐ Dual scan SimPlant
☐ Dual scan Nobel Guide
Autre logiciel de planification chirurgicale _____
Autre _____

AUTRES MOTIFS

ATMs
☐ Bouche fermée ☐ Bouche ouverte
☐ Avec plaque occlusale ☐ Bout-à-bout
☐ Intercuspitation forcée ☐ Au repos
Pathologie (région) : _____
☐ Dents de sagesse ☐ Dents incluses
☐ Étude orthodontique
Autre _____

Encerclez les régions d'intérêt

18	17	16	15	14	13	12	11
			55	54	53	52	51
			85	84	83	82	81
48	47	46	45	44	43	42	41

21	22	23	24	25	26	27	28
61	62	63	64	65			
71	72	73	74	75			
31	32	33	34	35	36	37	38

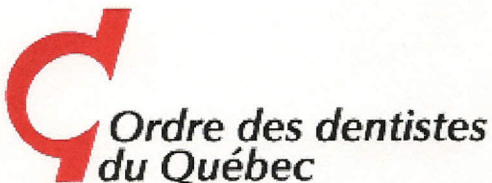
Format demandé

☐ Images imprimées ☐ CD-ROM : ☐ format DICOM ☐ format iCAT Vision
☐ Transfert par internet du fichier DICOM et du rapport radiologique

POUR USAGE INTERNE

Date du scan _____ N.I.P. _____ Effectué par : _____
FOV _____ cm Voxel _____ mm Temps _____ sec mAs _____ kVp _____
Notes d'évolution _____
☐ Enceinte _____

Dr Marc A. Fontaine B.Sc., DMD, Lic. 95776



Dr. Marc A Fontaine

accrédité selon lignes directrices ODO
petit champ et grand champ en TVFC