

# CONSULTATION RADIOLOGIQUE DENTAIRE

**Imagix**<sup>B</sup>

**TÉL :**  
514 866-6622

**SANS FRAIS :**  
1 866 916-6622

**TÉLEC :**  
514 738-1883

**COURRIEL**  
rx@imagixmedical.com

**RADIOLOGIE CHÂTEAUGUAY**  
230, boul. Brisebois, local 201  
Châteauguay (Québec) J6K 0J6

**RADIOLOGIE LAËNNEC**  
1100, ave Beaumont (angle l'Acadie)  
bureau 104  
Mont-Royal (Québec) H3P 3H5

**RADIOLOGIE SAINTE-THÉRÈSE**  
233, rue Turgeon, Bureau 104  
Sainte-Thérèse (Québec) J7E 3J8

## DENTISTE RÉFÉRENT

ADRESSE OU ESTAMPE  
DU DENTISTE RÉFÉRENT

## RAPPORT

Français  Anglais

Signature du dentiste référent

# Licence

Date

## PATIENT

Nom : \_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Tél : \_\_\_\_\_

Courriel : \_\_\_\_\_

CNESST  SAAQ

ENCEINTE  OUI  NON

## RENSEIGNEMENTS CLINIQUES OBLIGATOIRES

TECH. :

PDS :

NB IMAGES :

POUR UN EXAMEN EN TVFC OU EN RÉSONANCE MAGNÉTIQUE, VEUILLEZ SVP COMPLÉTER LA SECTION CI-DESSOUS ET NOUS FAIRE PARVENIR VOTRE DEMANDE D'EXAMEN PAR COURRIEL À [RX@IMAGIXMEDICAL.COM](mailto:RX@IMAGIXMEDICAL.COM). NOUS COMMUNIQUERONS AVEC VOUS POUR FIXER UN RENDEZ-VOUS.

## TOMODENSITOMÉTRIE VOLUMIQUE À FAISCEAU CONIQUE (TVFC)

### Implant

Maxillaire # dent : \_\_\_\_\_

Mandibule # dent : \_\_\_\_\_

Avec guide radiologique

Avec scan du guide seul (double scan)

Localisation d'une dent incluse et/ou du canal dentaire inférieur

# dent : \_\_\_\_\_

### Recherche de pathologie / lésion

Région : \_\_\_\_\_

### Articulations temporo-mandibulaires

1 volume bouche fermée seulement

2 volumes bouche fermée et ouverte

## RÉSONANCE MAGNÉTIQUE

### Articulations temporo-mandibulaires

Bouche fermée et ouverte

Avec articulé

## RADIOGRAPHIES

Vue panoramique

Vue céphalométrique

**RÉSONANCE MAGNÉTIQUE**  
**QUESTIONNAIRE IMPORTANT À REMPLIR PAR LE MÉDECIN ET LE PATIENT**

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_ D.D.N. : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

OUI	NON
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- La patient est porteur de :
- stimulateur cardiaque (pacemaker)
  - clip(s) métallique(s) cérébral, cou, aorte ; précisez : \_\_\_\_\_
  - implant(s) métallique(s) ou autre ; précisez : \_\_\_\_\_
  - prothèse(s) : auditive, oculaire, dentaire, capillaire, articulaire, autre ; précisez : \_\_\_\_\_
  - tige(s), plaque(s), clou(s), vis, suite à une fracture ou chirurgie ; précisez : \_\_\_\_\_
  - perçage(s) corporel(s) (body piercing)
  - tatouage(s)
  - autre(s) ; précisez : \_\_\_\_\_
- La patient :
- a subi une chirurgie dans les 12 dernières semaines
  - est claustrophobe (si oui, prévoir médication)
  - est enceinte. Nombre de semaine : \_\_\_\_\_
  - a des allergies ; précisez : \_\_\_\_\_
  - fait du glaucome.
  - a déjà été blessé aux yeux par un objet métallique ; précisez : \_\_\_\_\_
  - a déjà passé un examen en résonance magnétique ; précisez : \_\_\_\_\_

Poids du patient : \_\_\_\_\_ Taille du patient : \_\_\_\_\_

J'ai complété le questionnaire ci-dessus avec mon médecin. Je confirme que les renseignements sont exacts et je consens à passer l'examen de résonance magnétique.

Date : \_\_\_\_\_ Signature du dentiste : \_\_\_\_\_ Signature du patient : \_\_\_\_\_

**OÙ NOUS TROUVER**

**MONTÉRÉGIE**  
**Radiologie Châteauguay**  
230, boulevard Brisebois, local 201  
Châteauguay (Québec) J6K 0J6

**MONTRÉAL**  
**Radiologie Laënnec**  
1100, avenue Beaumont, bureau 104  
Mont-Royal (Québec) H3P 3H5

**LAURENTIDES**  
**Radiologie Sainte-Thérèse**  
233, rue Turgeon, bureau 104  
Sainte-Thérèse (Québec) J7E 3J8

**Télécopieur : 514 738-1883 | [imagixmedical.com](http://imagixmedical.com)**