

CONSULTATION RADIOLOGIQUE DENTAIRE

Imagix^B

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. 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"/>

- 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