

RÉFÉRENT

Nom : _____

Téléphone : _____

Adresse postale : _____

Courriel : _____

PATIENT

Nom : _____

Date de naissance : _____

Tél. : 1 _____

Sexe : _____

Tél. : 2 _____

Courriel : _____

Informations médicales pertinentes : _____

RAISON DE LA RÉFÉRENCE

Radiographie panoramique

Tomodensitométrie volumique (Scan 3D)

Maxillaire, région : _____

Mandibule, région : _____

Deux arcades, région : _____

Raison de l'étude : _____

Demande de rapport :

Écrit par la poste

Écrit par courriel

Sur clé USB

USAGE INTERNE SEULEMENT

Date de la radiographie : _____

Prise par : _____

Dimension : _____

Région : _____

Définition : _____

Rapport envoyé : _____

Date : _____

Signature du dentiste : _____