



RÉFÉRENT

nom: _____
téléphone: _____
adresse: _____
courriel: _____

PATIENT

nom: _____
téléphone 1: _____ date naiss: _____
téléphone 2: _____ Sexe: _____
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 dentiste: _____