

COMPTE-RENDU D'EXAMEN RADIOGRAPHIQUE CONE BEAM

DATE :

PATIENT :

INDICATION

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> IMPLANTS | <input type="checkbox"/> DENT DE SAGESSE |
| <input type="checkbox"/> SINUS LIFT | <input type="checkbox"/> SUSPICION FRACTURE |
| <input type="checkbox"/> DENT INCLUDE | <input type="checkbox"/> RESSION PARO PROCHE APEX |
| <input type="checkbox"/> Foyer infectieux | <input type="checkbox"/> AUTRE : |

EXAMEN DE 1^{ère} INTENTION

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> EXAMEN CLINIQUE | <input type="checkbox"/> RETROALVEOLAIRE |
| <input type="checkbox"/> LONG CONE | <input type="checkbox"/> PANO |

SECTEUR CONCERNÉ

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> MAXILLAIRE DROIT | <input type="checkbox"/> MAXILLAIRE GAUCHE |
| <input type="checkbox"/> MANDIBULE DROITE | <input type="checkbox"/> MANDIBULE GAUCHE |

CHAMP D'ACQUISITION

- | | | |
|----------------------------------|--------------------------------|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 5 x 5 | <input type="checkbox"/> 6 x 9 | <input type="checkbox"/> 9 x 11 |
| <input type="checkbox"/> AUTRE : | | |

RÉSOLUTION

- | | | |
|-----------------------------------|-----------------------------------|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> LOW DOSE | <input type="checkbox"/> STANDARD | <input type="checkbox"/> HAUTE |
| ->VOXEL = | μm | |

DOSE ÉMISE

-> mGray/cm²

CONCLUSIONS