



B&B DENTAL
I M P L A N T C O M P A N Y

REGISTERED OFFICE & OPERATIONAL 1: Via San Benedetto, 1837 - 40018

San Pietro in Casale (BO) Italy

OPERATIONAL HEADQUARTERS 2: Via Due Ponti, 19 - 40050

Argelato (BO) Italy

Tel. +39 (0) 51.81.13.75 Fax +39 (0) 51.666.94.00

www.bebdental.it lab.guided@bebdental.it

MODULO PER RICHIESTA CBCT

Alla cortese attenzione del centro radiologico

Si richiede un'immagine tomografica rilasciata in formato DICOM

Nome del paziente:

CBCT - arcata richiesta:

 Entrambe Inferiore Superiore

NOTE

- 1) Salvare i file in formato Dicom grezzo (Single Frames)
- 2) NON utilizzare il filtro Antiscattering
- 3) NON attivare Stitching System
- 4) Impostare risoluzione per una singola slide assiale tra 0,1 e 0,6 mm
- 5) Utilizzare un FOV tra 5 x 8 (minimo) e 8 x 8 (o superiore)
- 6) Taglio trasversale massimo (cross) non superiore a 0,25 mm
- 7) Acquisizione di alta o media qualità (da 0,1 a 0,6 mm)

IL PAZIENTE HA IN DOTAZIONE LA DIMA RADIOLOGICA

Durante l'acquisizione della CBCT è necessario inserire la dima radiologica e verificarne il corretto posizionamento all'interno della bocca del paziente

SCANSIONE DIMA RADIOLOGICA (N.B. Impostare Volt e mA in modo appropriato)

SI RICHIEDE INVIO "DICOM PAZIENTE" E, SE EFFETTUATA, "DICOM DIMA" A:

 @

Timbro e firma del Dottore:

oppure scrivere il nome del
dottore e selezionare la casella:

SII DIGITAL! NON STAMPARE QUESTO MODULO!

Questo modulo può essere compilato con qualsiasi dispositivo digitale