



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

FORMULARIO DE SOLICITUD CBCT

Atención al centro radiológico.

Amablemente solicitamos una imagen tomográfica en formato DICOM

Nombre del paciente:

CBCT requerimientos:

NOTAS

- 1) Guardar los archivos en formato Dicom sin procesar (imágenes individuales)
- 2) NO usar el filtro Anti-dispersión de imagen
- 3) NO usar el sistema de suturas en las imágenes
- 4) Fije la resolución para una sola diapositiva axial entre 0.1 y 0.6mm
- 5) Use un FOV entre 5x8 (mínimo) y 8x8 (máximo)
- 6) Corte transversal máximo inferior o igual a 0.25mm
- 7) Adquisición de calidad alta o media (0.1 a 0.6mm)

EL PACIENTE TIENE UNA GUÍA RADIOLÓGICA

Es necesario insertar la guía radiológica y comprobar el correcto posicionamiento en el paciente mientras se realiza el CBCT.

ESCANEADO DE LA GUÍA RADIOLÓGICA (N.B. Set Volt y mA apropiadamente)

ENVIAR LOS ARCHIVOS DICOM ADQUIRIDOS A:

@

Sello y firma del doctor:

o escribe el nombre del doctor y dar
click en el recuadro para aprobar:

¡DIGITALIZATE! NO IMPRIMIR ESTE FORMULARIO

Este formulario puede ser llenado en cualquier dispositivo digital