

牙醫資料及診所地址 PRACTITIONER DETAILS & DELIVERY ADDRESS

牙醫姓名 Name of Practitioner:
診所名稱 Practice name:
地址 Address:
電話 Telephone:
電郵地址 Email:

病人資料 PATIENT DETAILS

預約日期 Appointment Date: / /
時間 Time:
名字 Forename:
姓氏 Surname:
出生日期 D.O.B: / / <input type="checkbox"/> 男 Male <input type="checkbox"/> 女 Female
電話 Telephone:

需要掃描位置 — 僅適用於錐狀射束電斷層掃描

AREA OF INTEREST CBCT ONLY

<input type="checkbox"/> 下顎 Mandible	<input type="checkbox"/> 上顎 Maxilla	<input type="checkbox"/> 雙顎 Both Jaws	<input type="checkbox"/> 指定位置/局部 Sectional/quadrant
---	--	--	--

如沒有選擇特定牙齒, 將會為整個頷骨進行掃描
(If no teeth are selected the whole jaw will be scanned)

病人有否提供X射線照相模板? 有 Yes 沒有 No
Is the patient coming with a radiographic template?

病人是否可能正在懷孕? 有 Yes 沒有 No
Is the patient possibly pregnant?

錐狀射束電斷層掃描

CBCT OUTPUT

<input type="checkbox"/> 影像光碟 CD-ROM	<input type="checkbox"/> FTP及電郵 FTP & Email	<input type="checkbox"/> 影像複印紙 Photo paper
---	--	---

二維影像

2D IMAGING

<input type="checkbox"/> 數碼全景圖 Digital Panoramic (OPG)
<input type="checkbox"/> 數碼頭顱側位圖 Digital Cephalometric
<input type="checkbox"/> 測顱描記報告 Ceph Tracing Report

二維報告

2D OUTPUT

<input type="checkbox"/> FTP及電郵 FTP & Email
<input type="checkbox"/> 雲端檢視器 PACS Cloud Viewer
<input type="checkbox"/> 影像複印紙 Photo Paper

付款 PAYMENT 醫生 Doctor 病人 Patient

錐狀射束電斷

層掃描影像

CBCT FORMAT

<input type="checkbox"/> I-CAT Vision
<input type="checkbox"/> PACS Cloud Viewer
<input type="checkbox"/> DICOM Files
<input type="checkbox"/> SimPlant Planner
<input type="checkbox"/> SimPlant OneShot
<input type="checkbox"/> SimPlant View

掃描影像原因

JUSTIFICATION FOR X-RAY

<input type="checkbox"/> 植牙 Implants
<input type="checkbox"/> 骨移植 Bone Graft
<input type="checkbox"/> 阻生牙齒 Impacted Teeth
<input type="checkbox"/> 牙髓病 Endodontics
<input type="checkbox"/> 鼻竇檢查 Sinus Exam
<input type="checkbox"/> 顱頷關節 TMJ
<input type="checkbox"/> 口腔病理學 Oral Pathology
<input type="checkbox"/> 骨科 Ortho

額外檔案

EXTRAS

<input type="checkbox"/> 額外副本 Extra copy
<input type="checkbox"/> 病理報告 Pathology Report
<input type="checkbox"/> 放射報告 Radiology Report
<input type="checkbox"/> SimPlant 特快報告 SimPlant Express

臨床情況: (必須填寫)

CLINICAL INDICATIONS: (mandatory)

--

簽名 SIGNATURE:

交通指引

GENERAL DIRECTIONS:

最近的地鐵站
中環站D2出口
Closest Metro station -
Central station Exit D2



CT Dent 的放射師將依照電離輻射(醫療照射)規例和最低合理可行原則(IRMER + ALARP), 根據所需掃描的位置和掃描原因, 以最低劑量、最小的掃描範圍及最佳解像度進行掃描。同時, 病人的年齡、生理結構、體型和體重均為考慮因素。

The Radiographers at CT Dent will take a scan with the lowest dose, smallest field of view and best resolution according to area of interest and reason for the scan (IRMER + ALARP). The Age, anatomy, physical size, and body mass of a patient are all dependent factors.