 НАПРАВЛЕНИЕ

*на конусно-лучевую компьютерную томографию (КЛКТ)*

кабинет рентгенологической диагностики

***Ф.И.О. пациента(полностью):***\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Дата рождения:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Контактный телефон пациента, адрес: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Направившее учреждение:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Предварительный диагноз:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

***Область исследования: отметить***

* Верхняя и нижняя челюсти с захватом дна максиллярных синусов
* Верхняя челюсть захватом дна максиллярных синусов
* Нижняя челюсть
* Все придаточные пазухи носа –верхнечелюстные, лобные, решетчатый лабиринт, клиновидная пазуха
* ВНЧС(височно-нижнечелюстные суставы) с закрытым ртом
* ВНЧС(височно-нижнечелюстные суставы) с открытым и закрытым ртом(два исследования)
* Телерентгенография

Метод анализа:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

* ***Запись на CD-диск***

**12-я городская клиническая стоматологическая поликлиника**

**г.Минск, ул. Кедышко, 28**

***Единый колл-центр:*** + 375 17 347-12-03,
+ 375 29 112-12-03
***Режим работы регистратуры***

*В будние дни:* 8.00 – 21.00;

*В субботние дни:* 8.30 –15.00

***Режим работы рентгенологического кабинета***

*В будние дни:* 8.00 – 20.30;

*В субботние дни:* 9.00–14.00

***Режим работы врача-рентгенолога***

*будние дни:* четные с 8.00 до 14.00

*Время исследования 15-*20мин, специальной подготовки пациента не требуется

*КГЛТ на диске выдается сразу, анализ –* в зависимости от объема работы течении 4-х рабочих дней.

***Анализ КЛКТ: отметить область анализа***

* Анализ зубов(указать зубы, требующие описания)

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
| 18 | 17 | 16 | 15 | 14 | 13 | 12 | 11 |
| 48 | 47 | 46 | 45 | 44 | 43 | 42 | 41 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|   |  |  |  |  |  |  |  |
| 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 | 27 | 28 |
| 31 | 32 | 33 | 34 | 35 | 36 | 37 | 38 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |

* Анализ верхнечелюстных синусов (подчеркнуть): правый, левый
* Анализ всех зубов и верхнечелюстных синусов
* Анализ ВНЧС(подчеркнуть): правый, левый
* Анализ всех придаточных пазух носа
* Анализ области полости носа
* Предварительное планирование операции имплантации в области зубов(указать каких) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_система имплантов\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Направивший врач \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Ф.И.О.(полностью) подпись

Контактный телефон врача:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_