

REQUISIÇÃO DE EXAMES E DOCUMENTAÇÕES

Paciente: _____ Data de Nascimento: ____/____/____

Solicitante: Dr(a). _____ CRO/CMR: _____

Fones: _____ E-mail: _____

Motivo da solicitação do exame: _____

Mandar requisição de exames

Enviar para o consultório

EXAMES RADIOGRÁFICOS

INTRABUCAIS

PERIAPICAL

1	53	54	55	52	51	61	62	63	64	65	2	<input type="checkbox"/> Convencional				
18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28	<input type="checkbox"/> Ficha Periapical
48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38	<input type="checkbox"/> Completa (14)
4	85	84	83	82	81	71	72	73	74	75	3					

INTERPROXIMAIS (BITE WING)

Molares D E

Pré-Molares D E

RADIOGRAFIA OCLUSAL

Superior

Inferior

MÉTODOS DE LOCALIZAÇÃO RADIOGRÁFICA

- Clark
- Donovan
- Le Master
- Miller Winter

Outro: _____

EXTRABUCAIS

PANORÂMICA

- Convencional
- Com traçado p/ implante
- Seriada para ATM

TELERRADIOGRAFIA

- Perfil
- Frontal

EXTRABUCAIS

- Mão e punho
- PA mandibular
- Em oclusão Com a boca aberta
- Lateral oblíqua da mandíbula
- D E
- Seios da face
- Waters PA
- Axial submento-vértex (Hirtz)
- Outra: _____

DOCUMENTAÇÃO ORTODÔNTICA

ANÁLISES CEFALOMÉTRICAS COMPUTADORIZADAS

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> USP | <input type="checkbox"/> Roth Jarabak |
| <input type="checkbox"/> Unicamp | <input type="checkbox"/> FOR/LVV |
| <input type="checkbox"/> USP/Unicamp | <input type="checkbox"/> Bimler |
| <input type="checkbox"/> Ricketts (Perfil) | <input type="checkbox"/> Unesp |
| <input type="checkbox"/> Ricketts (Frontal) | <input type="checkbox"/> Rocabado |
| <input type="checkbox"/> Adenóides | <input type="checkbox"/> Perfil e tecidos moles |
| <input type="checkbox"/> Steiner | <input type="checkbox"/> Lavergne/Petrovic |
| <input type="checkbox"/> Profis | <input type="checkbox"/> Downs |
| <input type="checkbox"/> Tweed | <input type="checkbox"/> Junqueira |
| <input type="checkbox"/> McNamara | |
| <input type="checkbox"/> Outra: | |

OBJETIVO DO EXAME DA TOMOGRAFIA

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Implante | <input type="checkbox"/> Patologia |
| <input type="checkbox"/> Avaliação de enxerto | <input type="checkbox"/> Avaliação pós-trauma |
| <input type="checkbox"/> Dente incluído | <input type="checkbox"/> Avaliação periodontal |
| <input type="checkbox"/> Relação dente retido/canal mandibular | <input type="checkbox"/> Espessura óssea ortodôntica |
| <input type="checkbox"/> Fratura dentária | <input type="checkbox"/> Outro: _____ |

MODELO ORTODÔNTICO

- Simples Polido Impressão 3D

ESCANEAMENTO INTRA-ORAL

- Invisalign
- Alinhador Estético
- Ortodontia Convencional (Digital)

FOTOGRAFIAS

EXTRABUCAIS

- Frente
- Sorrindo
- Perfil direito
- Perfil esquerdo

INTRABUCAIS

- Frontal
- Laterais Oclusais

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE FEIXE CÔNICO

- Maxila
- Mandíbula
- ATM

Região: _____

SERVIÇOS ESPECIAIS

- Guia cirúrgico com duplo escaneamento (Cirurgia guiada)
- Maxília Mandíbula
- Dental Slice[®]
- APRESENTAÇÃO**
- CD
- Impressão DRY