

Requisição de Exame Radiográfico

Identificação

PACIENTE: _____

Nascimento: _____ Tel.: _____ Laudo: Sim Não

REQUISITANTE: _____

Endereço: _____

CRO: _____ Tel.: _____ Email: _____

Carimbo e Assinatura

Exames Radiológicos

55 54 53 52 51	61 62 63 64 65
18 17 16 15 14 13 12 11	21 22 23 24 25 26 27 28
48 47 46 45 44 43 42 41	31 32 33 34 35 36 37 38
85 84 83 82 81	71 72 73 74 75

- Periapical Completo Paralelismo
- Periapical Isolado (marcar acima)
- Interproximais Direita Esquerda
- Panorâmica Simples
- Panorâmica com Complementação
- Cefalométrica Perfil Em P.A.
- Punho e Mão - Finalidade Ortodôntica
- Oclusal Oblíqua Superior Inferior
- ATM Vista Lateral Boca Fechada Boca Aberta

Formato de Entrega do Exame

- Impresso em Filme Radiográfico Em CD Impresso + CD

Traçados Cefalométricos Computadorizados

- Steiner McNamara Bimler
- Tweed Ricketts Downs
- USP UNICAMP Jaraback
- USP/Unicamp Outros _____

Modelos

- Modelo de Estudo (zocalados e polidos)
- Modelo de Trabalho (zocalados e sem brilho)
- Modelo Bruto

Fotos

- Frente Oclusão Direita
- Frente Sorrindo Oclusão Esquerda
- Perfil Direito Oclusal Superior
- Perfil Esquerdo Oclusal Inferior
- Oclusal Anterior Overjet

Escaneamento Intra-Oral (ITERO)

- Somente Digital (arquivo STL por email)
- Com impressão 3D do modelo
- Invisalign

Tomografia Computadorizada CONE BEAM

Planejamento de Implantes:

- Maxila Completa
- Mandíbula Completa
- Regiões Isoladas (assinale ao lado e indique o nº do dente)

Diagnóstico da ATM:

- PA Visão Frontal Boca Fechada
- Pesquisa de Fratura / Patologia Boca Aberta
- Boca fechada e Aberta

Periodontia

- Avaliação de Perda Óssea Alveolar (assinalar)
- Envolvimento de Furca (assinalar)
- Avaliação de Envolvimento Endoperiodontal

Ortodontia / Odontopediatria

- Avaliação de Perda Óssea Alveolar (assinalar)
- Avaliação da Intercuspidação Dentária-Chave de Oclusão
- Medição dos Diâmetros Mésio-Distais de Caninos e Pré-Molares

Endodontia

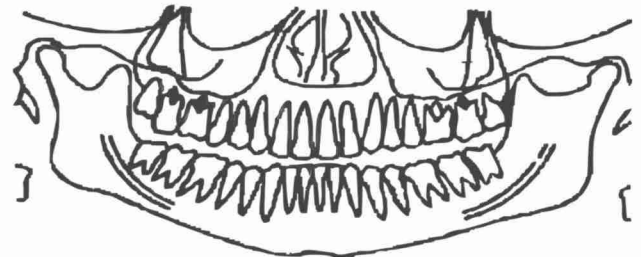
- Pesquisa de Fratura Dentária (assinalar)
- Pesquisa de Perfuração Radicular (assinalar)

Formato de Entrega do Exame

- Em CD
- Impresso em Filme Radiográfico + CD

Cirurgia

- Dente Incluído e / ou Supranumerário (assinalar abaixo)
- Pesquisa de Fratura Óssea Região _____
- Terceiros Molares (assinalar abaixo)
 - Relação com Canal Mandibular
 - Relação com o Seio Maxilar



Finalidade do exame, histórico clínico e observações:

Obs.: Caso haja necessidade complementar com informações no verso →

Convênios

AMIL DENTAL • BRADESCO DENTAL • GOLDENTAL • PETROBRÁS • INPAO DENTAL
ODONTO EMPRESA • ODONTOPREV • REDE UNNA • SULAMÉRICA