

REQUISIÇÃO DE EXAME: RADIOGRAFIAS DIGITAIS

FAVOR LIGAR PARA MARCAR HORA

Paciente:
Pedido Dr.(a):
email Dr(a):
Endereço Dr(a):
Indicação do Exame:

Data Nascimento: / /
Sexo: Masc. Fem.
Fone:

EXAME COM LAUDO SEM LAUDO

- Periapical de dentes isolados (Marcar ao lado)
- Periapical Completo com interproximais Milimetrado
- Periapical Completo Milimetrado Paralelismo
- Interproximais (Bite-Wings) Direita Esquerda
- Radiografia Panorâmica
- Radiografia Panorâmica com complementares (incisivos e interproximais)
- Téc. Localização Clark - Região _____
- Oclusal Superior Oclusal Inferior
- Cefalométrica de Perfil
- Cefalométrica P. A. Cefalométrica A. P.
- Cefalométrica a 45° Direita Esquerda
- Radiografia de punho e mão - Finalidade ortodôntica
- ATM - Bilateral
- ATM - Seriografia (boca fechada, repouso, aberta)
- Outros Exames _____
- Radiografia Panorâmica p/ implantes c/ ampliação CD Radioimp
- Traçado Anatômico (Panorâmica) Região _____

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

TRAÇADO CEFALOMÉTRICO

- Steiner
- Downs
- UNIGRANRIO
- USP/UNICAMP
- Mc Namara
- Ricketts Frontal
- Jarabak
- Marcelo Pedreira
- Tweed
- TIP EDGE
- Schwartz
- Bimler
- Ricketts Lateral
- Análise de Adenóides
- Ricketts-Programa Joe
- Outros _____

DOCUMENTAÇÃO

- Completa (Pasta + Panorâmica + 2 Bite - Wing + Par de modelos + 7 fotos coloridas + Cefalométrica com 2 traçados (indicar acima))
- Modelos Gesso (zocalados) Com Polimento Sem Polimento
- Discrepância de modelo Modelo de Trabalho
- Doc. envelope
- Doc. pasta papelão
- Doc. pasta plástica
- Doc. em CD
- Doc. Internet

DOCUMENTAÇÃO FOTOGRAFICA

- () Foto () Fundo Branco () Fundo Preto
- Frente Perfil esquerdo Oclusão lateral esquerdo **Corpo Inteiro**
- Frente sorrindo Oclusão anterior Visão oclusal superior Frente Perfil direito
- Perfil direito Oclusão lateral direito Visão oclusal inferior Costas Perfil esquerdo

TOMOGRAFIAS (MOVIMENTO HIPOCICLOIDAL - PLURIDIRECIONAL)
(Somente em Madureira)

- TOMOGRAFIAS para IMPLANTE (04 cortes transversais e 01 sagital da região solicitada)**
- Maxila Estudo Total **TOMOGRAFIAS da ATM** CD Programa Radioimp
- Mandíbula Estudo Parcial da Região (assinalar acima) Lateral - Seriografia (boca fechada, repouso, aberta)
- Frontal (Cortes em oclusão e em máxima abertura de cada lado)
- ESTUDO TOMOGRÁFICO** da região: _____ com finalidade de localizar: _____

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA CONE BEAM
(Unidades Barra da Tijuca e Jacarepaguá-Freguesia)

Finalidade do exame, histórico e observações _____

FORMATO DE ENTREGA DO EXAME: Filme Papel Fotográfico CD Dental Slice CD c/ Visualizador CD Dicom

<p>PLANEJAMENTO DE IMPLANTES</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Maxila Completa <input type="checkbox"/> Mandíbula Completa <input type="checkbox"/> Regiões Assinaladas (acima) <input type="checkbox"/> Guia Tomográfico <p>DIAGNÓSTICO DE ATM</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Perfil-Visão lateral <input type="checkbox"/> Boca fechada <input type="checkbox"/> PA-Visão Frontal <input type="checkbox"/> Boca aberta <input type="checkbox"/> Boca fechada e aberta <input type="checkbox"/> Pesquisa de fratura/patologia <p>PERIODONTIA</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Avaliação de perda óssea alveolar (assinalar acima) <input type="checkbox"/> Envolvimento de furca (assinalar acima) <input type="checkbox"/> Avaliação de envolvimento endoperiodontal 	<p>CIRURGIA</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Dente incluso e/ou supranumerário (assinalar acima) <input type="checkbox"/> Pesquisa de fratura óssea - região _____ <input type="checkbox"/> Terceiros Molares (assinalar acima) <input type="checkbox"/> Relação com canal mandibular <input type="checkbox"/> Relação com seio maxilar <p>ORTODONTIA/ODONTOPEDIATRIA</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Avaliação de tábuas ósseas vestibulares e linguais <input type="checkbox"/> Avaliação de dentes superiores com o seio maxilar <input type="checkbox"/> Avaliação da intercuspidação dentária-chave de oclusão <input type="checkbox"/> Medição dos diâmetros méso-distais de caninos e prémolares <input type="checkbox"/> Espaço naso-faríngeo e adenóides <p>ENDODONTIA</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Pesquisa de fratura dentária (assinalar acima) <input type="checkbox"/> Pesquisa de perfuração radicular (assinalar acima) <input type="checkbox"/> Dilatação radicular (assinalar acima) <input type="checkbox"/> Odontometria (assinalar acima) 	<p>OUTRAS INDICAÇÕES</p> <p><input type="checkbox"/> _____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>PROTOTIPAGEM</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Maxila <input type="checkbox"/> Mandíbula <input type="checkbox"/> Outros: _____
--	---	--

Convênios: BNDES - Caberj - Correios - Embratel - Furnas - Goldental - I.N.B. - Infraero - Inpao - Odonto Empresa Petrobrás - Petrobrás BR - Bradesco Saúde Dental - Sindifisco - Sul América Odontológico - Uniodonto Real Grandeza - Pame - Lincx - Interodonto - Cedom - Vale - Amil Dental e outros

OBS.: CASO NÃO NECESSITE DE LAUDO AS RADIOGRAFIAS SERÃO ENTREGUES EM 15 MINUTOS. OS VALORES FORNECIDOS POR TELEFONE DEVERÃO SER CONFIRMADOS NA RECEPÇÃO NO ATO DO EXAME

Enviar Formulário de Requisição de Exames ou baixar no site www.odontox.com/download