

Pedido de Exame

Dados do paciente

Paciente _____

Fone _____

- ☐ Exame Urgente.
☐ Favor enviar Requisição.
☐ Favor entregar exames no consultório.

Dados do profissional

Dr(a) Solicitante _____

Fone _____

E-mail _____

CRO _____

Documentação Ortodôntica

- ☐ Documentação Ortodôntica Completa - (tele lateral, 2 traçados e análise, panorâmica, 8 fotos, pasta plástico com fichas, modelo em gesso, 2 RX periapical)
☐ Documentação Ortodôntica Simplificada - (tele lateral, 1 traçado e análise, panorâmica, 5 fotos, pasta em papel com fichas, modelo em gesso)
☐ Documentação Virtual sem Gesso

Documentação Ortodôntica para alinhador

- ☐ Impressão de modelo
☐ Documentação para alinhador (pan + tela + traçado + 8 fotos)
 Alinhador ☐ Invisaling ☐ Ortho Aligner
☐ Clear Correct ☐ Outro _____

Análises: _____

Radiografias Intra Bucais

- ☐ Levantamento periapical completo
☐ Com Laudo ☐ Sem Laudo
☐ Raios X periapical dos dentes:
☐ Com Laudo ☐ Sem Laudo
- Bitewing (interproximal) ☐ Raio-X Oclusal
- ☐ Molares ☐ D ☐ E ☐ Superior
☐ Pré-Molares ☐ D ☐ E ☐ Inferior

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

Radiografias Extra Bucais

- ☐ Panorâmica Expressa ☐ Panorâmica Com Laudo ☐ Panorâmica Virtual ☐ ATM ☐ 2 Posições
☐ Com traçado para implante ☐ Panorâmica Virtual c/ Laudo ☐ 3 Posições
☐ Com complementação de incisivos ☐ Carpal (idade óssea / mão e punho)
 Outros: _____
☐ Telerradiografia Lateral
☐ Telerradiografia Frontal
☐ Com Laudo ☐ Sem Laudo

Tomografia Computadorizada Cone Beam

Maxila Completa

Mandíbula Completa

Hemi-arco: _____

Região Anterior Superior

Região Anterior Inferior

Região (Dentes): _____

Finalidade

- ☐ Planejamento de implantes
- ☐ Dente incluso
- ☐ Fraturas
- ☐ Área Patológica
- ☐ Enxerto

Tomografia da A.T.M.

Aberta

Fechada

Morfologia

Patologia / Fratura

Área de Análise

Observações: _____

Preferências de Envio

Arquivos Dicom em CD

Filme Radiográfico

Papel Fotográfico

Dental Slice em CD

Implante Viewer

Convênios Atendidos

Informações ao paciente:

- É necessário o agendamento prévio dos seguintes exames:

Documentação Ortodôntica e Levantamento Periapical

- Os valores dos exames, informados por telefone, serão confirmados em nossa recepção.

Retirar brincos, cordões, piercings e outros objetos de metais do pescoço para acima.

Jejum de 2 horas antes das moldagens.



“Santa Radiologia, a melhor imagem do seu Sorriso”