

Site: www.imagemradiologiaitajaí.com.br

E-mail: _____

CD Impresso Enviar Bloco de Pedido de Exame

Data: ____/____/____

Paciente: _____

Data de Nascimento: ____/____/____ Fone: _____

Indicação: _____

Endereço Profissional: _____

Finalidade do Exame: _____

RADIOGRAFIAS INTRA-BUCAIS

Levantamento Periapical (Completo)

Periapical (Assimilares região)



Interproximal

- Molar Superior
 Pré-Molar Inferior
 Direito Total
 Esquerdo Hemiarco D
 Hemiarco E

Oclusal

Técnica de Localização

- Dentes Incluso _____
 Condutos _____
 Corpo Estranho _____
 Outras Técnicas _____

RADIOGRAFIAS EXTRA-BUCAIS

Panorâmica

- Topo
 Oclusão
 Implante e/ Medidas
 Vias Aéreas

Telerradiografia

- Perfil ATM
 PA e/ traçado Frontal de Ricketts Idade Óssea (Carpal)
 AP Seios Maxilares
 45° Seios Parasinais

MODELOS

M. de Estudo M. de Trabalho M. Duplicados

ESCANEAMENTO

Intra-bucal (3 Shape)
(Escaneamento Intra-Oral)

Scanner Facial
(Cot6000 Carestream)

Impressão

- Em Filamento
 Em Resina
 Placa de Bruxismo
 Placa de Clareamento

DOCUMENTAÇÕES

- Doc. I : Panorâmica, telerradiografia com traçado, 6 fotografias (3 extrabuciais, 3 intrabuciais), modelo e pasta.
Exame complementar: _____
- Doc. II : Panorâmica, telerradiografia com traçado, 8 fotografias (3 extrabuciais e 5 intrabuciais), 2 ou 4 radiografias interproximais, 2 radiografias periapicais, modelos e pasta.
Exame complementar: _____
- Doc. III : DIGITAL COM ESCANER, panorâmica, telerradiografia com traçado, 8 fotografias (3 extrabuciais e 5 intrabuciais), 2 ou 4 radiografias interproximais, 2 radiografias periapicais e pasta.
Exame complementar: _____
- Doc. 3D - Ortodontia com traçado 3D protocolo Scan Compass

CEFALOMETRIAS COMPUTADORIZADAS

- Análise Facial Laverne / Petrovic Ricketts USP
 Apênia de Sono Jarabik Steiner UNICAMP
 Adenóides McNamara Tweed Outros
 Binler Profis Trevisi

FOTOGRAFIAS

Extra Buciais

- Frontal Perfil
 Sorrindo Perfil Labial

Intra Buciais

- Frontal Oclusal S/I
 Lateral D/E Perfil Dental

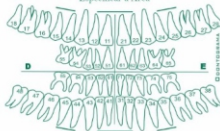
Fotos para DSD

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADAS VOLUMÉTRICA DO CONE BEAM (CBCT)

- Dentística Prótese Endodontia Periodontia Ortodontia
 Cirurgia Patologia ATM Implantodontia Vias Aéreas

- Maxila Total Mandíbula Total
 Parcial _____ Parcial _____

Especificar a Área



- Guia cirúrgico Total Guia Periodontal
 Endontia Guiada Parcial _____ Dental Slice
 Região _____

Outros _____

(Especificar área)

(Previdente)

Obs: _____