DIGIMAX

Centro de Radiografias e Tomografias Odontológicas

Av. Tenente Coronel Adalberto Mendes, 611
Manejo - Resende - RJ - CEP: 27520-301
Tel.: (24) 3355.8518 | (24) 3321.4846 | (24) 99862.9199
digimax_centroderadiologia@yahoo.com.br
Horário: 2ª a 6ª das 9h às 18h - Marque hora por gentileza

PACIENTE

Nome: _____

Data de Nascimento:_____/_____/_____ Tel.: _____ Data da solicitação_____/_____/_____

REQUISITANTE

Nome: _____

Endereço: _____ Tel.: _____

CRO: _____ E-mail: _____

FINALIDADE DO EXAME

OBS: Prezado Dr(a), mantenha sempre seu email atualizado para a consulta dos exames de seus pacientes pela internet.

_____

_____

EXAMES RADIOGRÁFICOS

				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		

INTRA-ORAL

☐ Periapical ☐ Simples (marcar região acima) ☐ Completo ☐ Completo e Interproximais (pré-molares e molares)
☐ Interproximal ☐ Molares Direito ☐ Molares Esquerdo
☐ Pré-Molares Direito ☐ Pré-Molares Esquerdo
☐ Oclusal ☐ Maxila ☐ Mandíbula ☐ Total ☐ Parcial - Região_____
☐ Técnica de ClarK (Marcar região acima) ◯ Dente Incluso ◯ Corpo Estranho ◯ Dissociação Raiz

EXTRA-ORAL

☐ Panorâmica ☐ Simples ☐ Para Implante (com traçado) ☐ Em Oclusão ☐ Com complementação (Incisivos e Interproximais)
☐ Panorâmica especial para ATM (Boca aberta e fechada)
☐ Telerradiografia ☐ Perfil ☐ Com Traçado ☐ Sem Traçado
☐ Frontal ☐ Com Traçado ☐ Sem Traçado
☐ Mão e Punho (Idade Óssea) Análise e curva de crescimento
☐ Hirtz ☐ PA Seio Frontal ☐ PA Seio Maxilar

SERVIÇOS

☐ Modelos de Gesso ☐ De Trabalho ☐ Zocalado (estudo)
☐ Análise de Modelo ☐ Análise de Bolton ☐ Análise de Nance
☐ Fotografias ☐ Extrabucais: ☐ Frente ☐ Perfil Direito ☐ Perfil Esquerdo ☐ Sorrindo
☐ Intrabucais: ☐ Frente ☐ Lateral Direita ☐ Lateral Esquerda
☐ Oclusal Superior ☐ Oclusal Inferior

☐ Traçados Cefalométricos
☐ Adenóide ☐ Vias Aéreas ☐ Profis ☐ Petrovic ☐ Steiner
☐ Alexander (Wick) ☐ Down ☐ Unicamp ☐ Ricketts ☐ Erupção 3º Molar
☐ Bimler I ☐ Jaraback/roth ☐ Usp ☐ McNamara ☐ Tweed
☐ Fov ☐ Bordelini ☐ Displasia Dentofaciais ☐ USP/UNICAMP ☐ Outros _____

☐ Análise Facial Computadorizada ☐ Perfil ☐ Frontal ☐ Fusão (Foto/RX + Análise Facial)

DOCUMENTAÇÕES

Ortodontia:

☐ **Completa:** Panorâmica, Telerradiografia perfil com 2(dois) traçados, Análise Facial (frontal e perfil), Modelos Zocalados, 8 Fotos e Pasta.

☐ **Básica:** Panorâmica, Telerradiografia perfil com 2(dois) traçados, Modelos Zocalados, 5 Fotos e Pasta.

Implantodontia:

☐ Panorâmica para implante com traçado, 8 Fotos, Modelos Zocalados e Pasta.

Documentação Periodontal:

☐ Panorâmica, periapical completo, interproximais, 8 Fotos e Modelos Zocalados e Pasta.

Pacientes que Realizarão Modelos de Estudos Zocalados ou de Trabalho não poderão estar utilizando fio Ortodôntico.

FORMA DE ENTREGA

☐ Pasta ☐ CD ☐ Email ☐ **Enviar solicitação de exame**

O Valor do Exame, informando por telefone será Confirmado mediante a apresentação da requisição.

MÉTODOS TOMOGRÁFICOS

Tomografia volumétrica de PEQUENO VOLUME E ALTA RESOLUÇÃO (Até 3 dentes consecutivos)

Região (determinar elementos)

			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			

Tomografia volumétrica de MÉDIO volume

☐ **Maxila total** ☐ **Maxila Região Anterior** ☐ **Maxila Região Posterior** ☐ Lado Esquerdo ☐ Lado Direito

☐ **Mandibula total** ☐ **Mandíbula Região Anterior** ☐ **Mandíbula Região Posterior** ☐ Lado Esquerdo ☐ Lado Direito

☐ **Seios da Face**

☐ **ATM**
- ☐ Boca Fechada (M.I.C.)
- ☐ Boca Aberta

ESPECIALIDADE (RELACIONAR COM O MOTIVO DO EXAME TOMOGRÁFICO)

☐ **Periodontia**
- ☐ Avaliação óssea; região
- ☐ Uso de afastador labial (visualizar tecidos moles)

☐ **Implante**
- ☐ **Padrão DIGIMAX** (Panorâmica com traçado e sugestão de tamanho de Implantes)
- ☐ Com medidas de altura e espessura no filme

☐ **Cirurgia**
- ☐ Localização de dente incluso ou supranumerário
- ☐ Área patológica
- ☐ Corpo estranho
- ☐ Relação de terceiros molares com canal mandibular
- ☐ Localização canal acessório

☐ **Ortodontia**
- ☐ Análise de Inserção Óssea
- ☐ Avaliação tábua óssea para inserção mini implante

☐ **Endodontia** Detectar: _____

FORMATO DE ENTREGA

☐ **Impresso**
- ☐ Filme ○ 35X43 ○ 20x25
- ☐ Papel Fotográfico Tamanho A4

☐ **Imagem em CD** — Formato do arquivo
- ☐ Dicom
- ☐ Implant Viewer
- ☐ Imagens em PDF

☐ **Sem laudo** ☐ **Enviar por email** ☐ **Enviar solicitação de exame**

ATENDIMENTO CONVÊNIOS

- AMIL DENTAL
- BRADESCO
- DENTAL UNI
- FUSEX
- INTERODONTO
- MEDSERVICE
- MET LIFE
- PORTO SEGURO
- ODONTOPREV
- UNIODONTO
- REDE UNNA
- SOESP
- SUL AMÉRICA

CONVÊNIO: COMPARECER COM RECEITUÁRIO EM PAPEL TIMBRADO, ASSINADO, CARIMBADO E COM NOME COMPLETO

LOCALIZAÇÃO

DIGIMAX
Centro de Radiografias e Tomografias Odontológicas