

PACIENTE: _____

SOLICITANTE DR: _____ FONES: _____

E-MAIL: _____ DATA: ____/____/____

FINALIDADES DOS EXAMES: _____

ENVIAR POR: E-MAIL: () CD () PASTA () RADIOGRAFIAS: PELÍCULA () PAPEL FOTOGRÁFICO ()

RADIOGRAFIAS INTRA-ORAIS

PERIAPICAIS (PARALELISMO)

☐ Arcos Dentários (Boca completa)

☐ Dentes assinalados

☐ Outras técnicas de localização _____

INTERPROXIMAIS

☐ Molares direito

☐ P.M. direito

☐ Molares esquerdo

☐ P.M. esquerdo

18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28				
D								55	54	53	52	51	61	62	63	64	65	E	
								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				

RADIOGRAFIAS EXTRA-ORAIS

PANORÂMICA DIGITAL ☐ Topo ☐ Oclusão

☐ Traçado para implante

☐ P.A. de mandíbula

☐ P.A. de seio maxilar

☐ Towne

☐ Hirtz (SMV)

☐ Mão e Punho

☐ (idade óssea)

☐ Curva de crescimento

☐ A.T.M normal lateral

(boca aberta e máxima intercuspidação)

☐ Telerradiografia Frontal

☐ Telerradiografia Lateral ☐ Com Traçado

Modelos

☐ Estudo

☐ Zocalados

Fotos

☐ Extra-oraís

☐ Frente

☐ Perfil Dir.

☐ Perfil Esq.

☐ Frente Sorrindo.

☐ Intra-oraís

☐ Frente

☐ Lado Dir.

☐ Lado Esq.

☐ Arc. Sup.

☐ Arc. Inf.

ANÁLISE CEFALOMÉTRICAS COMPUTADORIZADAS

☐ Adenóides	☐ CENO	☐ Jarabak	☐ Ricketts	☐ Steiner	☐ UNESP
☐ Bimler	☐ Downs	☐ Lavargne/Petrovic	☐ Rocabado	☐ Trevisi	☐ UNICAMP
☐ Burnstore	☐ I.B.E.O	☐ McNamara	☐ Sassoni	☐ Tweed	☐ USP
☐ CENTRO	☐ Irrupção 3° MI	☐ Profis	☐ Schwarz	☐ UNAERP	☐ USP/UNICAMP
☐ V.J.M.J	☐ Outros _____				

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA CONE BEAM

☐ Maxilar Total

☐ Mandíbula Total

☐ A.T.M. ☐ Direita

☐ Esquerda.

☐ Técnicas de localização dente incluso:

☐ Pesquisa de Fratura:

☐ 3° Molar:

SELEÇÃO INDIVIDUAL

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

Motivo: _____

Assinatura e Carimbo CD

Observações:

Localização:



Informações ao Paciente

- A duração do exame dependerá do grau de dificuldade de cada procedimento;
- Prender os cabelos de preferência com elástico ou prendedor (sem metal) e retirar o batom;
- Retirar brincos, correntinhas e outros adornos de cabelo, orelha e face;
- Aparelhos móveis, próteses e óculos deverão ser retirados no momento de exame;
- Desligar o celular.

Para Documentação Ortodôntica é necessário marcação pelo telefone: (74) 3622-4487 ou (74) 98848-6602☎

Horário de atendimento 08:00 às 12:00 - 14:00 às 18:00 e aos sábados 08:00 às 12:00.