

REQUISIÇÃO DE EXAME RADIOGRÁFICO ENVIAR REQUISIÇÃO

Para: _____

Dr. (a) : _____ Data Nasc.: / /

End.: _____ Tel.: _____

E-mail: _____ Entregar no Consultório

Enviar por E-mail

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

Sem laudo Com laudo

- Periapical de um ou mais dentes (assinalar na grade acima)
- Periapical completo com Bite-wing S/ Bite-Wiing
- Bite-Wing (Interproximal) Pré-Molar Molar Direita Esquerda
- Método de Clark para localização (3 periapicais) (assinale a grade acima)
- Panorâmica Oclusão Cêntrica Traçado p/ Implante
- Panorâmica com complementação Incisivos Bite wing
- ATM Quatro Tomadas
- Punho e mão finalidade ortodôntica Idade óssea Curva de Crescimento
- Celalométrica 45% Direita Esquerda
- Cefalométrica de perfil sem traçado com traçado
- Cefalométrica AP PA

<input type="checkbox"/> ADENÓIDE	<input type="checkbox"/> BIMLER	<input type="checkbox"/> DELMANTO	<input type="checkbox"/> DOWNS	<input type="checkbox"/> IBEO	<input type="checkbox"/> IWOA
<input type="checkbox"/> JARABACK - ROTH	<input type="checkbox"/> MCNAMARA	<input type="checkbox"/> PROFIS	<input type="checkbox"/> RICKETTS	<input type="checkbox"/> ROCADADO	<input type="checkbox"/> SASSOUNI
<input type="checkbox"/> SCHWARS	<input type="checkbox"/> STEINER	<input type="checkbox"/> TREVISI	<input type="checkbox"/> TWEED	<input type="checkbox"/> TWEED-PR	
<input type="checkbox"/> UNESP	<input type="checkbox"/> UNICAMP	<input type="checkbox"/> USP	<input type="checkbox"/> UNICAMP/USP		

- Modelo Zocalado Modelo Simples Modelo Recortado

FOTOS: _____

Fotografia extra-oral Frente Frente sorriso amplo Perfil direito Perfil esquerdo

Fotografia intra-oral Frente Perfil direito Perfil esquerdo Oclusal superior Oclusao inferior

Ass: _____

Motivo do Exame: _____