

**REQUISIÇÃO DE EXAME RADIOGRÁFICO****ENVIAR REQUISIÇÃO**

Para:

Dr. (a) :

Data Nasc.: / /

End.:

Tel.:

 Enviar por E-mail: Enviar por Whatsapp:

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

 Exame Impresso     Exame Digital     Sem laudo     Com laudo Periapical de um ou mais dentes (assinalar na grade acima) Periapical completo sem Bite-Wing Periapical completo com Bite-Wing Bite-Wing (Interproximal)     Pré-Molar     Molar     Direita     Esquerda Método de Clark para localização (3 periapicais) (assinale a grade acima) Panorâmica     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"/> ROCABADO	<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**FOTOS:**Fotografia extra-oral     Frente     Frente sorriso amplo     Perfil direito     Perfil esquerdoFotografia intra-oral     Frente     Perfil direito     Perfil esquerdo     Oclusal superior     Oclusao inferior

Ass: \_\_\_\_\_

Motivo do Exame: \_\_\_\_\_

**Atendimento por ordem de chegada.****Seg. a Sex. - 9:00 às 12:30 e 13:30 às 18:00 - Sábado - 9:00 às 12:30**

# TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DA FACE

## REGIÃO SOLICITADA

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Maxila Total                 | <input type="checkbox"/> ATM Boca Fechada          |
| <input type="checkbox"/> Mandíbula Total              | <input type="checkbox"/> ATM Boca Fechada e Aberta |
| <input type="checkbox"/> Parcial (assinalar a região) | <input type="checkbox"/> Seios da Face             |
| 18 17 16 15 14 13 12 11   21 22 23 24 25 26 27 28     | <input type="checkbox"/> Face (p/ Cefalometria 3D) |
| 48 47 46 45 44 43 42 41   31 32 33 34 35 36 37 38     |  |

## FORMA DE ENTREGA DO EXAME

- |   |                                    |                                    |
|---|------------------------------------|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Imagens impressas em filme             | <input type="checkbox"/> Com Laudo | <input type="checkbox"/> Sem Laudo |
| <input type="checkbox"/> Imagens impressas em Papel Fotográfico | <input type="checkbox"/> Com Laudo | <input type="checkbox"/> Sem Laudo |
| <input type="checkbox"/> Imagens em CD / E-mail                 | <input type="checkbox"/> Com Laudo | <input type="checkbox"/> Sem Laudo |
| <input type="checkbox"/> Exame formato DICOM                    |                                    |                                    |

## ESTUDO DA REGIÃO COM FINALIDADE DE:

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Colocação de implante(s)            | <input type="checkbox"/> Visualização de fratura dentária |
| <input type="checkbox"/> Localização de dente incluso        | <input type="checkbox"/> Visualização de fratura óssea    |
| <input type="checkbox"/> Localização de dente supranumerário | <input type="checkbox"/> Visualização de área patológica  |
| <input type="checkbox"/> Verificação se reabsorção radicular | <input type="checkbox"/> Outras: _____                    |

## OBSERVAÇÕES

**Observação:** Os valores fornecidos por telefone deverão ser confirmados na recepção, no ato do exame.