

REQUISIÇÃO

Dados do Paciente

Nome: _____

Data de Nascimento: ____/____/____ E-mail: _____

Telefone: _____ Sexo: () F () M

Assinatura/Carimbo

Dados do Dentista

Nome: _____

Endereço: _____

E-mail: _____

Tel.: _____ Cel.: _____

Data: ____/____/____

FORMATO DO EXAME

☐ Impresso

☐ E-mail

☐ Site

☐ CD

ENTREGA/RETIRADA DO EXAME

☐ Entrega no Consultório

☐ Retirado pelo Paciente

EXAMES RADIOLÓGICOS

- ☐ Periapical Isolado **87654321 | 12345678**
87654321 | 12345678
- ☐ Periapical Completo com Bite Wings (Interproximais)
- ☐ Periapical Completo sem Bite Wings
- ☐ Bite Wings (Interproximais) ☐ Direita ☐ Esquerda
- ☐ Oclusal ☐ Superior ☐ Inferior
- ☐ Panorâmica
- ☐ Panorâmica com Complementação (Incisivos e Bite Wings)
- ☐ Telerradiografia
- ☐ PA
- ☐ Perfil com Traçado
- ☐ Telerradiografia com Perfil ☐ 45°E ☐ 45°D
- ☐ Punho e Mão
- ☐ ATM (Boca fechada, repouso e aberta)
- ☐ ATM (Boca aberta e fechada)
- ☐ PA com traçado Frontal

TRAÇADO CEFALOMÉTRICO

- | | |
|---|---|
| ☐ Anatômico | ☐ Profis |
| ☐ Bimler | ☐ Rickets |
| ☐ Downs | ☐ Steiner |
| ☐ Espaço Naso-Faríngeo | ☐ Tweed |
| ☐ Frontal de Rickets | ☐ Unicamp |
| ☐ Jarabak- Roth | ☐ USP |
| ☐ Lavergne-Petrovic | ☐ USP-Unicamp |
| ☐ Mcnamara | ☐ Previsão Erupção (Terceiros Molares) |
- FOTOS INTRAORAIS**
- | | |
|--|--|
| ☐ Frontal | ☐ Frontal |
| ☐ Direito ☐ Esquerdo | ☐ Direito ☐ Esquerdo |
| ☐ Oclusal Superior | ☐ Frontal Sorrindo |
| ☐ Oclusal Inferior | ☐ Perfil Facial |
- FOTOS EXTRAORAIS**

MODELOS

- | | |
|--|--|
| ☐ Documentação Digital
(Pan+complementação- Tele c/3 Traçados-Modelos - Imagens) | ☐ Documentação Completa - Impressa
(Pan+complementação- Tele c/3 Traçados-Modelos - 8 Fotos) |
| ☐ Estudo Zoocalado | ☐ Trabalho Zoocalado |
| ☐ Trabalho não Zoocalado | ☐ Discrepância de Modelos |

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA CONE BEAM

☐ Maxila Completa

☐ Regiões Isoladas

☐ Mandíbula Completa

MOTIVO DO EXAME

☐ IMPLANTE

☐ Com Guia Tomográfico

☐ Sem Guia Tomográfico

☐ IMPRESSO

☐ CD DICOM

☐ PAPEL FOTOGRÁFICO

☐ DENTAL SLICE

☐ AVALIAÇÃO DE ENXERTO ÓSSEO

☐ ENDODONTIA

☐ Pesquisa de Fratura Dentária

☐ Pesquisa de Perfuração Radicular

☐ Outros _____

☐ ORTODONTIA

☐ Avaliação das Tábuas Ósseas

☐ Disjunção Palatina

☐ PERIODONTIA

☐ Avaliação da Perda Óssea Alveolar

☐ Envolvimento de Furca

☐ Envolvimento Endoperiodontal

☐ CIRURGIA / PATOLOGIA

☐ Dentes Inclusos

☐ Pesquisa de Fratura Óssea

☐ Terceiros Molares

☐ Delimitação de Patologias

☐ ATM

☐ Morfológica

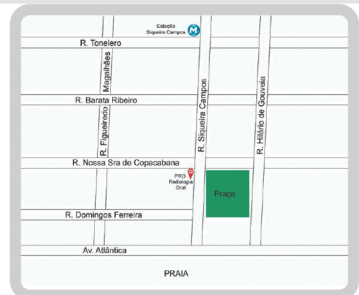
☐ Boca Aberta

☐ Boca Fechada

☐ Pesquisa de Fratura / Patologia

OBSERVAÇÕES / OUTRAS FINALIDADES

COMO CHEGAR



(21) 2545-0036 / (21) 99837-4123 

Rua Siqueira Campos, nº 43 sala 1017 - Copacabana - RJ Cep: 22.031-901

www.proradiologiaoral.com.br