

Paciente: _____

Data Nasc.: ____/____/____ Sexo: ____

Nº Benef: _____ Ent.: _____

Médico(a): _____

Nº Ordem: _____

JUSTIFICAÇÃO / OBSERVAÇÕES / INDICAÇÃO CLÍNICA (por favor preencher – Artº 99, DL 108/2018)

R Exame Radiográfico 2D:

☐ **Ortopantomografia** (Rx Panorâmico) HD Multiplanar (melhor visualização)

☐ **Ortopantomografia** (Rx Panorâmico) com incidência especial:

☐ HemiPan Esq. ☐ HemiPan Dtº. ☐ Quick (baixa dose) ☐ Dentário (sem ATM)

☐ **4 Rx Bite-Wing** (2 verticais de cada lado)

☐ **2 Rx Bite-Wing** lado Dtº.

☐ **2 Rx Bite-Wing** lado Esqº.

☐ **Rx ATM Frontal:** ☐ Boca aberta: ☐ Esqª. ☐ Dtª. ☐ Boca fechada: ☐ Esqª. ☐ Dtª.

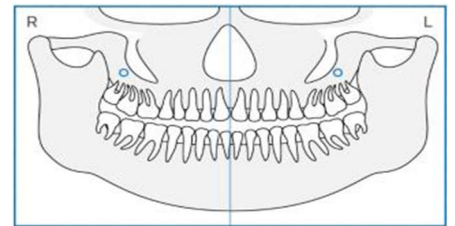
☐ **Rx ATM Lateral:** ☐ Boca aberta: ☐ Esqª. ☐ Dtª. ☐ Boca fechada: ☐ Esqª. ☐ Dtª.

☐ **Rx Lateral do Crânio (Cefalométrica):** ☐ Standard (H=22 L=30) ☐ Reduzido (H=18 L=24)

☐ **Rx Frontal do Crânio:** ☐ Pósterio-Anterior ☐ Ântero-Posterior

☐ **Rx Mão e Carpo**

☐ **Outro:** _____



R Tomografia Computorizada de Feixe Cônico – CBCT:

☐ **Bi-Maxilar** (escolher FOV): ☐ FOV 13x8 (incl. ATM) ☐ FOV 10x8 (sem ATM)

☐ **Uni-Maxilar** (escolher um): ☐ Mandíbula ☐ Maxila

☐ **Um Quadrante:** _____ ☐ **Um Sextante:** _____ ☐ **Um Dente (endodontia)** (FOV 4x4) ao dente: _____

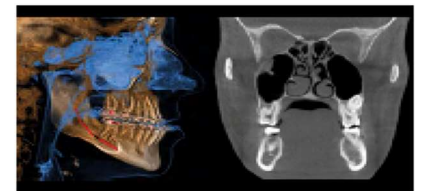
☐ **Maxilo-Facial** (FOV 13x16): ☐ com estudo das vias aéreas superiores

☐ **Estudo completo da ATM** (FOV 13x8) - Bilateral, com boca aberta e fechada

☐ **Ouvido** (FOV 7x6): ☐ Esqº. ☐ Dtº.

☐ **Seios Peri-Nasais** (FOV 13x16)

☐ **Incidência especial:** _____



Instruções: **Paciente em intercuspidação máxima?:** ☐ Sim ☐ Não **Com rolos de algodão no vestíbulo?:** ☐ Sim ☐ Não

(vinheta)

(assin.) _____