

Dr.(a):

E-mail:

Fone:

Paciente:

Fone:

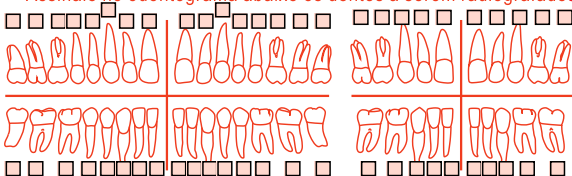
Qual o motivo do exame?:

☐ KIT ORTODÔNTICO

☐ MANDAR BLOCO DE SOLICITAÇÃO DE EXAMES

RADIOGRAFIAS INTRA-BUCAIS

Assinale no odontograma abaixo os dentes a serem radiografados:



PERIAPICAL

- ☐ Boca Toda
☐ Dentes assinalados

OCLUSAL

- ☐ Maxila
☐ Mandíbula

INTERPROXIMAL

- ☐ Molares (D)
☐ Pré-molares (D)

LOCALIZ. RADIOGRÁFICA

- ☐ Dentes Incluso
☐ Supranumerário
☐ Corpo Estranho
☐ Área Patológica

- ☐ Molares (E)
☐ Pré-molares (E)

Região de:

RADIOGRAFIAS EXTRA - BUCAIS

PANORÂMICAS

- ☐ Panorâmica Convencional
☐ Panorâmica p/ Implante

- ☐ Panorâmica Pediátrica
(20% menos dose de radiação)

- ☐ Para Seios Maxilares

PANORÂMICA PARA ATM

- ☐ Lateral de ATM D e E com 4 incidências (boca aberta e fechada)

TELERRADIOGRAFIA

- ☐ Lateral
☐ Frontal
☐ Oblíqua (45%)
☐ PA de Seios Maxilares (Waters)
☐ Hirtz (Axial)
☐ Mão e punho c/ índice carpal
(análise do crescimento)
☐ Towne

CEFALOMETRIA COMPUTADORIZADA

- ☐ USP
☐ UNICAMP
☐ Ricketts
☐ Ricketts Frontal
☐ Bimier
☐ McNamara
☐ Lavergne-Petrovic
☐ Naso-faringe (adenóide)
☐ Downs
☐ PROFIS
☐ Schwartz
☐ Tweed
☐ Jaraback
☐ Steiner
☐ Arnett
☐ Rocabado
☐ Apnéia do Sono
☐ C.A.O.
☐ Previsão dos 3º Molares
☐ S.R.A.V
☐ Análise de Crescimento
☐ Análise Facial Frontal
☐ Análise Facial de Perfil
☐ Superposição Parcial
☐ Superposição Total
☐ Outra

D O C U M E N T A Ç Ã O

FOTOGRAFIAS

- ☐ Frente/Perfil (2)
☐ Sorriso (1)
☐ Terço Inferior
☐ Oclusais (2)
☐ Intra-bucais (3)
☐ Overjet (1)
☐ Lateralidade (2)
☐ ½ corpo (1)
☐ Close Up Repouso (1)
☐ Close Up Sorriso (1)

MODELOS

- ☐ Gesso
☐ Gesso/Acrílico
☐ Virtual
☐ Discrepância de Moyers
☐ Análise de Bolton
☐ Trabalho

APRESENTAÇÃO DA DOC.

- ☐ Pasta com
fichas clínicas
☐ Envelope
☐ CD
☐ Via internet

TOMOGRAFIAS

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE FEIXE CÔNICO

TOMOGRAFIA PARA IMPLANTE

- ☐ Arcada Superior (maxila)
- ☐ Arcada Inferior (mandibula)
- ☐ Segmentos: _____
- _____
- _____
- ☐ Dentes: _____
- ☐ Implantes Zigomáticos

PROGRAMA CONVERSOR

- ☐ DentalSlice
- ☐ ImplantViewer

OUTRAS

- ☐ Tomografia da ATM: ☐ Boca Fechada ☐ Boca Aberta
- ☐ Tomografia computadorizada da Face
- ☐ Tomografia computadorizada dos Seios da Face
- ☐ Localização de dente retido: _____
- ☐ Pesquisa de fratura dentária / radicular: Dente: _____
- ☐ Pesquisa de perfuração radicular: Dente: _____
- ☐ Área Patológica: _____
- ☐ Espessura Cortical Óssea: _____
- ☐ Protocolo SYM 3D ☐ Protocolo SEG
- ☐ Protocolo EASY 3D
- ☐ Protocolo COMPASS
- ☐ Outros: _____

PROTOTIPAGEM

- ☐ Maxila ☐ Mandíbula
- ☐ Comum ☐ Estendida
- ☐ Opaca ☐ Transparente
- ☐ Face
- ☐ Outra: _____

GUIA CIRÚRGICO

- ☐ Tipo: _____
- _____
- _____
- _____

OBSERVAÇÕES

LOCALIZAÇÃO

