

Radiologista Responsável Prof. Dr. Felipe Ferreira Costa

Horário de atendimento:
Seg. a sex. das 08 às 18h Sáb. das 09 às 13h

DADOS DO PACIENTE

NOME:

DATA DE NASC. / /

SEXO:

ENDEREÇO:

TELEFONE:

EMAIL:

DADOS DO PROFISSIONAL

NOME:

CRO:

DATA DE NASC. / /

SEXO:

ENDEREÇO:

TELEFONE:

EMAIL:

REQUISIÇÃO DE EXAMES

18 17 16 15 14 13 12 11
55 54 53 52 51

85 84 83 82 81

48 47 46 45 44 43 42 41

21 22 23 24 25 26 27 28
61 62 63 64 65

71 72 73 74 75

31 32 33 34 35 36 37 38

RADIOLOGIA DIGITAL

INTRA ORAIS

- ☐ Periapical de um ou mais dentes: ☐ Bite-wing ☐ Direito ☐ Esquerdo
(marcar os dentes no odontograma acima)
☐ Periapical completo com Bite-wings
☐ Técnica de localização: ☐ Técnica de Clark

EXTRA ORAIS

- ☐ Panorâmica ☐ Panorâmica com complementares (incisivos e "bite-wings")
☐ Panorâmica para implante ☐ Com traçado computadorizado
☐ Cefalométrica de per I sem traçado
☐ Cefalométrica de per I com traçado computadorizado (marcar abaixo):
☐ Steiner ☐ Tweed ☐ Bimler ☐ Jarabak
☐ Ricketts Frontal ☐ Ricketts ☐ USP/Unicamp ☐ Outros: _____
☐ McNamara ☐ Downs ☐ USP
☐ Mão e punho - Finalidade ortodôntica
☐ Pósterio - Anterior ☐ Outros: _____

DOCUMENTAÇÕES

FOTOS

INTRA-ORAIS

Em oclusão: ☐ Frontal ☐ Direito ☐ Esquerdo
Oclusal: ☐ Superior ☐ Inferior ☐ Overjet ☐ Overbite

EXTRA-ORAIS (FACE)

☐ Frontal ☐ Frontal Sorrindo ☐ Per I Direito ☐ Per I Esquerdo
☐ Per I direito sorrindo

MODELOS

- ☐ Modelos em gesso zocalados ☐ Análise de discrepância
☐ Modelos recortados ☐ Modelos de trabalho

COMENTÁRIOS

DATA DA SOLICITAÇÃO

/ /

EXAME MARCADO

☐ DIA

☐ L

ENVIO DE EXAME

- ☐ DRX ☐ CONSULTÓRIO
☐ CD ☐ Enviar outras solicitações de exame

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA CONE BEAM

PLANEJAMENTO DE IMPLANTES

- ☐ Maxila completa ☐ Exame com guia tomográfica
☐ Mandíbula completa ☐ Exame sem guia tomográfica
☐ Região (indicar no odontograma ao lado) ☐ Cirurgia guiada
☐ Prototipagem ☐ Avaliação de enxerto ósseo
☐ Mandíbula ☐ Maxila ☐ Maxila estendida
☐ Opaco ☐ Transparente

ENDODONTIA

- ☐ Pesquisa de fratura ☐ Planejamento cirúrgico
☐ Estudo de lesões periapicais ☐ Estudo da anatomia radicular

CIRURGIA

- ☐ Localização tridimensional de dentes inclusos e/ou supranumerários
☐ Fraturas da face
☐ Estudo de lesões dos maxilares
(favor relatar o caso no verso e enviar exames complementares)

ORTODONTIA

- ☐ Estudo das vias aéreas ☐ Avaliação de desenvolvimento/erupção
☐ Estudo para inserção de mini-implantes ☐ Avaliação de tábuas ósseas

PERIODONTIA

- ☐ Avaliação de inserção óssea ☐ Lesões endo-periodontais
☐ Envolvimento de furca

ATM

- ☐ Morfologia ☐ Boca fechada ☐ Boca aberta ☐ Patologia/fratura

OUTRAS INDICAÇÕES

IMPRESSÃO EM: ☐ Papel fotográfico ☐ CD: ☐ Dental slice ☐ DICOM
☐ Filme ☐ Prexion 3D Viewer

RECOMENDAÇÕES AO PACIENTE

1. Escovar os dentes
2. Evitar a ingestão de líquidos e alimentos até 2 horas antes da moldagem;
3. Retirar brincos, piercings, gargantilhas e outros adornos dos cabelos, orelhas e face;
4. Evitar vestuários que cubram a região do pescoço;
5. Evitar o uso de maquiagem;
6. Não usar roupa clara.

CARIMBO E ASSINATURA DO DENTISTA

Os preços fornecidos por telefone deverão ser confirmados na recepção.