

Data: ____/____/____

Nome: _____ Idade: _____

Endereço: _____ Fone: _____

Dia do exame: ____/____/____

Horário: _____ h

SOLICITAÇÃO DE EXAMES

Motivo do exame: _____

RADIOGRAFIAS INTRABUCAIS

Periapical(is) do(s) dente(s) assinalado(s)*

Levantamento Periapical (boca completa)

Técnica de Localização da região assinalada*

Técnica de Clark (3 Periapicais)

INTERPROXIMAIS

Dentes Anteriores

Molares Direitos Pré-Molares Direitos

Molares Esquerdos Pré-Molares Esquerdos

Somente a região assinalada*

OCCLUSAL

Maxila Mandíbula

RADIOGRAFIAS EXTRABUCAIS

Panorâmica 1:1

Panorâmica com Medidas p/ Implante

Carpal (avaliação da idade óssea)

ATM

Telerradiografia Lateral (Perfil)

Telerradiografia Frontal (PA)

Análise cefalométrica

USP/UNICAMP Ricketts McNamara

Bimler Trevisi Profis

Jarabak Tweed Adenóides

Outra: _____ Análise Facial

DOCUMENTAÇÕES ORTODÔNTICAS

1 PANORÂMICA, INTERPROXIMAIS POSTERIORES, TELERRADIOGRAFIA COM TRAÇADO COMPUTADORIZADO, 8 FOTOS, MODELOS DE ESTUDO E PASTA COM FORMULÁRIOS

2 PANORÂMICA, TELERRADIOGRAFIA COM TRAÇADO COMPUTADORIZADO, 8 FOTOS, MODELOS DE ESTUDO E PASTA COM FORMULÁRIOS

MODELOS DE ESTUDO

Polido em Gesso Digital Gostaria de mais informações sobre modelos Digitais

FOTOS EXTRABUCAIS

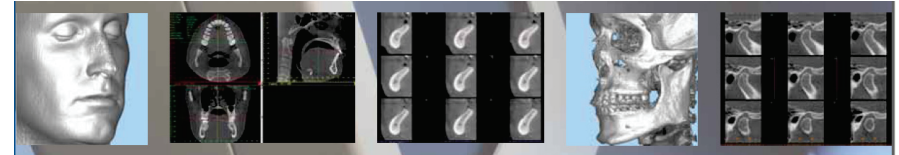
- Frontal normal
- Frontal sorrindo
- Perfil direito
- Perfil esquerdo

FOTOS INTRABUCAIS

- Frontal
- Laterais direita e esquerda
- Oclusal superior
- Oclusal inferior

Obs.: _____

SOLICITAÇÃO TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA



1. FAVOR INDICAR A FINALIDADE DO EXAME

PLANEJAMENTO PARA IMPLANTES

PESQUISA DE FRATURA ÓSSEA

LOCALIZAÇÃO DE DENTE INCLUSO/CORPO ESTRANHO

PESQUISA DE FRATURA RADICULAR

OUTRA: _____

AVALIAÇÃO DE ATM

AVALIAÇÃO PERIODONTAL

AVALIAÇÃO PATOLÓGICA

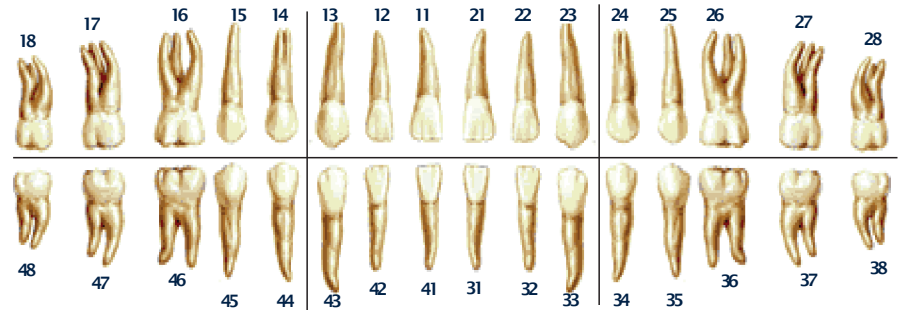
AVALIAÇÃO ORTODÔNTICA

2. ASSINALE A REGIÃO DE INTERESSE



Maxila total Mandíbula total Maxila estendida Face estendida A.T.M Aberta

Região(ões) assinalada(s) abaixo: Fechada



3. FORMA DE ENVIO DAS IMAGENS

Impressão em Filme

Impressão em Papel

Somente Acesso pelo Site

4. USO O SOFTWARE TOMOGRÁFICO

Nemotec

Dental Slice

Não Uso

Gostaria de mais Informações

5. PROTOTIPAGEM
