

Data: ____/____/____ Indicação: _____

Paciente: _____ Idade: _____ Fone: _____

(67) 3047-7373 RUA ESPÍRITO SANTO, 581 - JD. DOS ESTADOS - CAMPO GRANDE - MS AGENDE O SEU HORÁRIO

Dia do exame: ____/____/____
às _____h

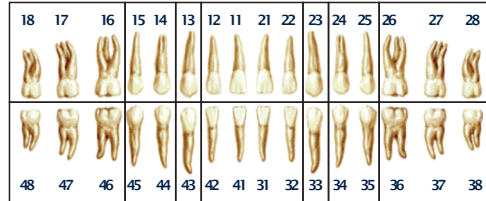
SOLICITAÇÃO DE EXAMES

Motivo do exame: _____

RADIOGRAFIAS INTRABUCAIS

- Periapical(is) do(s) dente(s) assinalado(s)*
- Levantamento Periapical (boca completa)
- Técnica de Clark (3 Periapicais)

*Assinale o(s) dente(s) ou a(s) região(ões) de interesse



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: _____ Valieri Análise Facial

DOCUMENTAÇÕES ORTODÔNTICAS

- 1 PANORÂMICA, TELERRADIOGRÁFICA CEFALOMÉTRICA, 8 FOTOS, ESCANEAMENTO INTRA ORAL **(ACESSO ONLINE)**
- 2 PANORÂMICA, TELERRADIOGRÁFICA CEFALOMÉTRICA, 8 FOTOS, ESCANEAMENTO INTRA ORAL **(IMPRESSO)**

ESCANEAMENTO INTRA ORAL

- MODELO DIGITAL ALINHADOR ORTODÔNTICO MODELO IMPRESSO
- Gostaria de mais informações sobre modelos Digitais

FOTOS

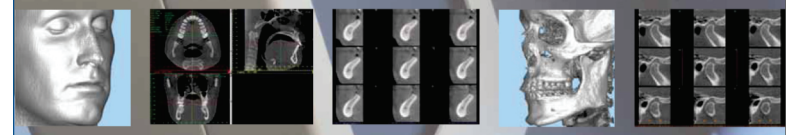
- EXTRABUCAIS INTRABUCAIS ESTÉTICAS



ACESSE O QR CODE:
WhatsApp,
Localização e Redes
Sociais

OBSERVAÇÕES:

SOLICITAÇÃO TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA

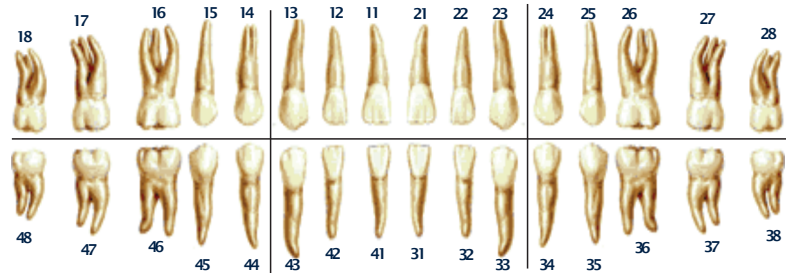


1. FAVOR INDICAR A FINALIDADE DO EXAME

- PLANEJAMENTO PARA IMPLANTES
- PESQUISA DE FRATURA RADICULAR
- LOCALIZAÇÃO DE DENTE INCLUSO/CORPO ESTRANHO
- CIRURGIA ORTOGNÁTICA
- OUTRA: _____
- _____
- AVALIAÇÃO ENDODÔNTICA
- 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 Fechada
- Região(ões) assinalada(s) abaixo:



3. FORMA DE ENVIO DAS IMAGENS

- Acesso Online Impressão em Filme Impressão em Papel

4. USO O SOFTWARE TOMOGRÁFICO

- DICOM Nemotec Dental Slice Gostaria de mais informações

5. CIRURGIA GUIADA

Sistema de Implante: _____

Quantidade de Implantes: _____

Observação: _____

