

# Requisição de Exame Radiográfico

## Identificação

### PACIENTE

Nome: \_\_\_\_\_

Nascimento: \_\_\_\_\_ Tel.: \_\_\_\_\_ Sexo:  Feminino  Masculino

### REQUISITANTE

Nome: \_\_\_\_\_ email: \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_

CRO: \_\_\_\_\_ Tel.: \_\_\_\_\_

Carimbo e Assinatura

### Exames radiográficos

55 54 53 52 51	61 62 63 64 65
18 17 16 15 14 13 12 11	21 22 23 24 25 26 27 28
48 47 46 45 44 43 42 41	31 32 33 34 35 36 37 38
85 84 83 82 81	71 72 73 74 75

- Periapical Completo  paralelismo  
 Periapical Isolado (marcar acima)  
 Interproximais  Direita  Esquerda  PM e Molares  
 Panorâmica  Simples  Para Implante (25%)  
 Panorâmica com complementação  
 Cefalométrica  Perfil  Em P. A.  a 45%  D  E  
 Punho e Mão - Finalidade Ortodôntica  
 Oclusal Ortogonal }  Superior  
 Oclusal Oblíqua }  Inferior  
 ATM

Finalidade do exame, histórico clínico e observações:

### Traçados Cefalométricos Computadorizados

- Steiner  MacNamara  Bimler  
 Tweed  Ricketts  Downs  
 USP  UNICAMP  Jaraback  
 Schwarz  Profis  Trevisi  
 Delmanto  Outros \_\_\_\_\_

### Modelos

- Zocalados  Com Polimento  
 De Trabalho  Sem Polimento

### Fotos

- Frente  Oclusão Direita  
 Frente Sorrindo  Oclusão Esquerda  
 Perfil Direito  Oclusal Superior  
 Perfil Esquerdo  Oclusal Inferior  
 Oclusão Anterior  Overjet

### Formato de Entrega do Exame

- Em Pasta  Em CD

## Tomografia Computadorizada CONE BEAM ( i-CAT® )

### Planejamento de Implantes:

- Maxila Completa  
 Mandíbula Completa  
 Regiões Assinaladas ao Lado

### Diagnóstico de ATM:

- Perfil Visão Lateral }  Boca Fechada  
 PA Visão Frontal }  Boca Aberta  
 Pesquisa de Fratura / Patologia }  Boca Fechada e Aberta

### Periodontia

- Avaliação de Perda Óssea Alveolar ( assinalar )  
 Envolvimento de Furca ( assinalar )  
 Avaliação de Envolvimento Endoperiodontal

### Ortodontia / Odontopediatria

- Avaliação de Tábuas Ósseas Vestibulares e Linguais  
 Avaliação Intercuspidação Dentária-Chave de Oclusão  
 Medição dos Diâmetros Mésio-Distais de Caninos e Prémolares

### Endodontia

- Pesquisa de Fratura Dentária ( assinalar )  
 Pesquisa de Perfuração Radicular ( assinalar )

### Cirurgia

- Dente Incluso e/ou Supranumerário ( assinalar abaixo )  
 Pesquisa de Fratura Óssea - Região \_\_\_\_\_  
 Terceiros Molares ( assinalar abaixo )  
 Relação com o Canal Mandibular  
 Relação com o Seio Maxilar



Finalidade do exame, histórico clínico e observações:

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

## Formato de Entrega do Exame

Impresso:

- Filme Radiografico

CD:

- I-CAT Vision  
 Dental Slice

Os preços fornecidos pelo telefone serão confirmados na recepção.