

Requisição de Exames

Motivo da Solicitação:

Dados do Paciente Nome: _____ _____ Fone: () _____	Dados do Profissional Nome: _____ Fone: () _____ E-mail: _____
--	---

- Exame somente digital
 Entregar ao paciente
 Entregar no consultório
 Enviar mais pedidos

Radiografias Panorâmicas

- Panorâmica sem laudo
 Panorâmica com laudo
 Panorâmica com traçado para implante
 Panorâmica com traçado para implantes + fotos
 Panorâmica + escaneamento intra-oral

Documentações Ortodônticas

- Documentação Ortodôntica Express** (Entrega em até 24 horas) - Telerradiografia lateral com análise cefalométrica, Panorâmica com laudo, 3 fotos extraorais, 5 fotos intraorais, **(não vem com modelo)**.
 Documentação Ortodôntica Econômica (Entrega em até 7 dias) - Telerradiografia lateral com análise cefalométrica, Panorâmica com laudo, 3 fotos extraorais, 5 fotos intraorais, 1 par de Modelos Ortodônticos.
 Documentação Ortodôntica Completa (entrega em até 7 dias) - Telerradiografia lateral com análise cefalométrica, Panorâmica com laudo, 3 fotos extraorais, 5 fotos intraorais, Radiografia carpal ou frontal, 1 par de Modelos Ortodônticos.

Análises Cefalométricas

- | | | |
|------------------------------------|-----------------------------------|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Adenóide | <input type="checkbox"/> Ricketts | <input type="checkbox"/> USP |
| <input type="checkbox"/> Bimler | <input type="checkbox"/> Sassouni | <input type="checkbox"/> Wyle |
| <input type="checkbox"/> Downs | <input type="checkbox"/> Schwartz | <input type="checkbox"/> Delmanto |
| <input type="checkbox"/> Jarabak | <input type="checkbox"/> Steiner | <input type="checkbox"/> Erupção 3°M |
| <input type="checkbox"/> McNamara | <input type="checkbox"/> Trevisi | <input type="checkbox"/> USP/Unicamp |
| <input type="checkbox"/> Petrovick | <input type="checkbox"/> Tweed | <input type="checkbox"/> Outro: |
| <input type="checkbox"/> Profis | <input type="checkbox"/> Unicamp | |

- Documentação Ortodôntica para alinhadores estéticos** (entrega em até 24 horas) - Telerradiografia lateral com análise cefalométrica, Panorâmica com laudo, 3 fotos extraorais, 5 fotos intraorais, escaneamento digital da arcada superior e inferior, **(não vem com modelo impresso)**.

Especificar o alinhador: _____

Tomografia Computadorizada

Motivo da Solicitação:

Assinale a(s) região(ões) de interesse para tomografia:



Tomografia Total

- Maxila
 Mandíbula

Tomografia Segmentada

- Até 3 elementos adjacentes.

Tomografia de ATM

- Boca Aberta Boca Fechada Boca Aberta e Fechada

Escaneamento Intra-oral

- Escaneamento Intra-oral Escaneamento Intra-oral para alinhadores estéticos
Especificar o alinhador: _____

Radiografias Intrabucais Digitais

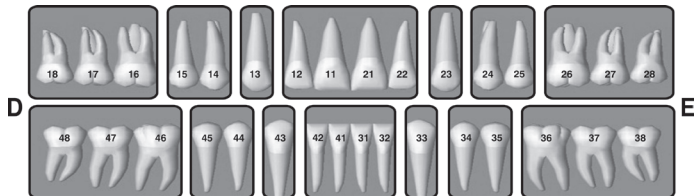
Periapicais

- Levantamento Periapical Básico (14 Radiografias)
 Levantamento Periapical com Interproximais (18 Radiografias)
 Dentes Assinalados (somente)

Interproximais

- Pré-molares
 Molares
 Direito
 Esquerdo

Assinale no odontograma os dentes a serem radiografados: _____



55	54	53	52	51	61	62	63	64	65
85	84	83	82	81	71	72	73	74	75

Radiografias Extrabucais

- Telerradiografia Lateral Com traçado
 Sem traçado
- Telerradiografia Frontal Com traçado
 Sem traçado
- Radiografia Oclusal: Maxila
 Mandíbula
- Carpal (idade óssea)
 A.T.M. (2 posições)
 P.A. Seio Maxilar
 P.A. Seio Frontal

Motivo: _____

Outros Serviços

- Modelo de Estudo (sem brilho) Modelo de Trabalho (com brilho)
 3 Fotos Extrabucais, 5 Fotos Intrabucais Impressão de modelos 3D

Observações



Agende seu horário:

Dia: ___/___/_____
Horário: _____
Atendente: _____



Não esqueça!

Agende seu horário para tomografia e documentação ortodôntica.
Para documentação ortodôntica mantenha jejum de 2 horas antes do exame.