

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

Endereço: \_\_\_\_\_

Dr.(a): \_\_\_\_\_ Fone: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Motivo da solicitação: \_\_\_\_\_

Enviar bloco de requisição de exames  Enviar exames via e-mail: \_\_\_\_\_

FINALIDADE DO PEDIDO:  INICIAL  CONTROLE  RETRATAMENTO  FINAL

### Exames Radiográficos

#### EXTRABUCAL

- |                                                                         |                                                                     |
|-------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------|
| <input type="radio"/> Panorâmica com laudo                              | <input type="radio"/> Telerradiografia Perfil                       |
| <input type="radio"/> Panorâmica com traçado para implante-região _____ | <input type="radio"/> USP/UNICAMP                                   |
| <input type="radio"/> Radiografia da ATM                                | <input type="radio"/> Steiner-Tweed <input type="radio"/> Adenóide  |
| <input type="radio"/> Telerradiografia frontal com traçado de Ricketts  | <input type="radio"/> Porfis <input type="radio"/> Bimler           |
| <input type="radio"/> Seios da face (P. A. de Waters)                   | <input type="radio"/> Ricketts <input type="radio"/> Jarabak        |
| <input type="radio"/> P. A. Seio Frontal                                | <input type="radio"/> Sassouni <input type="radio"/> McNamara       |
| <input type="radio"/> Mão e punho com idade óssea                       | <input type="radio"/> Trevisi <input type="radio"/> M. Pedreira     |
|                                                                         | <input type="radio"/> Lavergne-Petrovic <input type="radio"/> _____ |

#### INTRABUCAL

- Periapicais (assinalar)  Boca toda  
 Métodos de localização  Clark  Miller-Winter  Donovan

			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			

#### Oclusal

- |                                           |                                           |
|-------------------------------------------|-------------------------------------------|
| Maxilar                                   | Mandíbula                                 |
| <input type="radio"/> Total               | <input type="radio"/> Total               |
| <input type="radio"/> Parcial lado: _____ | <input type="radio"/> Parcial lado: _____ |

#### Bite-wing (interproximais)

- Molares Lado: \_\_\_\_\_  Pré-Molares Lado: \_\_\_\_\_

### Outros Exames

#### FOTOGRAFIAS

- 2 Fotos Extrabucais (Frente/Perfil)  3 Fotos Intrabucais (Lateral D/Frontal/Lateral E)  \_\_\_\_\_  
 1 Foto Extrabucal (Sorriso)  2 Fotos Oclusais (Superior/Inferior)  \_\_\_\_\_

#### MODELOS

- Ortodôntico  Trabalho

### Documentações

#### DOCUMENTAÇÃO ORTODÔNTICA SIMPLES

- Panocrâmica com laudo  CD  
Telerradiografia c/ Traçado (indicar traçado)  
Modelo ortodôntico  
3 fotografias extrabucais  
5 fotografias intrabucais

#### DOCUMENTAÇÃO ORTODÔNTICA COMPLETA

- Panocrâmica com laudo  CD  
Telerradiografia c/ Traçado (indicar traçado)  
Periapicais dos incisivos  
Modelo ortodôntico  
3 fotografias extrabucais  
5 fotografias intrabucais

#### DOCUMENTAÇÃO PARA CLÍNICOS GERAIS

- Panocrâmica com laudo  
4 Bite-wing

#### DOCUMENTAÇÃO PERIODONTAL

- Panocrâmica com laudo  
14 Radiografias periapicais.

Observação: \_\_\_\_\_

# TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA TRIDIMENSIONAL DE ALTA RESOLUÇÃO (CONE BEAN)

COM LAUDO

SEM LAUDO

MARQUE A INDICAÇÃO DESEJADA | QUANDO NECESSÁRIO, UTILIZA O ODONTOGRAMA

IMPLANTE

MAXILA TOTAL

SEIO MAXILAR

FRATURA RADICULAR

MANDÍBULA TOTAL

ARCOS ZIGOMÁTICOS

PERFURAÇÃO/TREPANAÇÃO

ATM BILATERAL <BOCA ABERTA | FECHADA>

SEIOS PARANASAIS

DENTE RETIDO

ÁREA PATOLÓGICA

\_\_\_\_\_

LOCALIZAÇÃO DE SUPRA-NUMERÁRIO

			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			

## OBSERVAÇÕES CLÍNICAS

ESCOLHA A FORMA DE IMPRESSÃO DA TOMOGRAFIA:

FILME RADIOGRÁFICO

PAPEL FOTOGRÁFICO

CD EM FORMATO DICOM PARA PROTOTIPAGEM E ARQUIVO DE INSTALAÇÃO PARA MANIPULAÇÃO DE IMAGENS;

---



---



---



---



---



---

