

2-N₂

INTERCÂMBIO

349292

49-Observação

celebrance de gravelles et d'œufs.

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

Source: Author's calculations.

UX-Künnenslab.

03/08/2015

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

53-Data, local e Carimbo da Empresa

Paciente: sem co
Dr. (a): Flavia cone

Data: 05/06/20

Fone: _____

() SOLICITO NOVO BLOCO DE REQUISIÇÕES

Exames entregues em: () CD
() Filme radiográfico
() E-mail: _____

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA CONE BEAM (OP 300 - Instrumentarium)

- ☐ Maxila completa
☐ Mandíbula Completa (sem visualização dos ramos)*
☐ Hemi-arcada

sup. D. () sup. E. () inf. D. () inf. E. ()

☐ Localizada (indique as regiões a serem realizadas):

D 8 7 6 5 4 3 2 1 | 1 2 3 4 5 6 7 8 E
8 7 6 5 4 3 2 1 | 1 2 3 4 5 6 7 8

- ☐ ATM- oclusão e abertura máxima
☐ Localização de dentes retidos ou corpos estranhos. Região do dente: _____
☐ Informações clínicas: _____

* Prezado colega, caso haja necessidade de visualização dos ramos mandibulares, por gentileza, mencione no pedido. Nesse caso, serão realizadas incidências complementares.

RADIOGRAFIAS INTRABUCAIS DIGITAIS

- ☐ Exame Periapical Completo
☐ Exame Periapical Completo com Interproximais
☐ Radiografia Periapical

Permanentes
D 8 7 6 5 4 3 2 1 | 1 2 3 4 5 6 7 8
8 7 6 5 4 3 2 1 | 1 2 3 4 5 6 7 8

Interproximais: ☒ Molares Direito ☐ Molares Esquerdo
☐ Pré-Molares Direito ☐ Pré-Molares Esquerdo

- ☐ Técnica de Localização de dentes retidos e/ou corpos estranhos
☐ Região: _____

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

RADIOGRAFIAS EXTRABUCAIS DIGITAIS

- ☒ Panorâmica ☒ Topo
☐ Oclusão
☐ Para Implante (com traçado computadorizado) Região de: _____

☐ Motivo da solicitação / breve história clínica: _____

☐ Telerradiografia: ☐ Frontal ☐ Sem Análise
☐ Lateral ☐ Análise
☐ C7

- ☐ ATM (Boca Aberta e Fechada)
☐ Radiografia da Mão e Punho com índice carpal

Outra Técnica: _____



INTERCÂMBIO 349292

1- Motivo da Guia 42- Assinatura

Co-participação R\$

os custos previstos em documento, os valores

DOCUMENTAÇÃO ODONTOLÓGICA

Encaminhar Documentação por: ☐ Pasta ☐ CD ☐ E-mail: _____

- ☐ Documentação Ortodôntica Básica
Panorâmica, Tele Lateral, Análise cefalométrica (especificar), 6 Fotos e Modelos de estudo.
- ☒ Documentação Ortodôntica Completa
Panorâmica, Tele Lateral, Análise cefalométrica (especificar), Periapicais dos incisivos, Interproximais de molares e pré-molares, 8 Fotos e Modelos de estudo.
- ☐ Documentação para Cirurgia Ortognática
Panorâmica, Tele Lateral, Tele Frontal, Análise cefalométrica (especificar), Periapicais dos incisivos, 8 Fotos e Modelos de estudo.
- ☐ Documentação para Implantodontia
Panorâmica para implante com traçado computadorizado, Radiografia periapical da região de _____ e Modelos de estudo.

Exames Opcionais para as Documentações:

☐ Radiografia da mão e punho
☐ Fotos oclusais Outras: _____
☐ Periapicais dos incisivos
☐ Tele Frontal
☐ Tele Lateral ☐ Com Análise - especificar: _____

ANÁLISE CEFALOMÉTRICA

- | | | | |
|---|--|--|---|
| ☐ Adenóides | ☐ Downs | ☐ Profis | ☐ Trevisi |
| ☐ Análise Facial Frontal | ☐ Erupção 3º Ms | ☐ Rickets Frontal | ☐ Tweed |
| ☐ Análise Facial Perfil | ☐ Idade Óssea | ☐ Rickets Lateral | ☐ Unicamp |
| ☐ Bimler | ☐ Jarabak | ☐ Sassouni | ☒ USP |
| ☐ Delmanto | ☒ McNamara | ☐ Schwarz | ☐ USP - UNICAMP |
| ☐ Discrepância de Bolton | ☐ Petrovic | ☐ Steiner | ☐ AO-B0 |
- Outra: Colocação de aparelho ortodôntico

EXAMES COMPLEMENTARES

- | | | |
|--|--|--------------------------------|
| ☐ Modelos de Estudo | ☐ Fotos Intrabucais (3) | ☐ Outro |
| ☐ Modelos de Trabalho | ☐ Fotos Oclusais (2) | |
| ☐ Fotos Extrabucais (3) | ☐ Fotos dos Modelos (5) | |

SERVIÇOS ON-LINE : Acesse suas imagens radiográficas on-line. Informe-se!
Caro Paciente: Os valores informados por telefone são aproximados.

HORÁRIO DE ATENDIMENTO

Manhã: 8h às 11h45

Tarde (segunda a quinta-feira): 13h30 às 18h30

Tarde (sexta-feira): 13h30 às 17h