

463402
INTERCÂMBIO463402
INTERCÂMBIO
Índice

463402
INTERCÂMBIO

463402
INTERCÂMBIO463402
INTERCÂMBIO463402
INTERCÂMBIO

463402
INTERCÂMBIO

463402
INTERCÂMBIO

463402
INTERCÂMBIO

463402
INTERCÂMBIO

463402
INTERCÂMBIO

463402
INTERCÂMBIO

463402
INTERCÂMBIO

463402
INTERCÂMBIO

463402
INTERCÂMBIO

463402
INTERCÂMBIO

463402
INTERCÂMBIO
Cidade

463402
INTERCÂMBIO

463402
INTERCÂMBIO

463402
INTERCÂMBIO
Cidade _____

463402
INTERCÂMBIO

463402

INTERCÂMBIO

Código _____



SERVIÇO DE IMAGENS EM ODONTOLOGIA

Dentalini

Fone: (54) 3261 3313 - 3035 3013

Celular: (54) 98438 5460 - 99617 3066

Rua Rui Barbosa, 12 - Sala 201 - 2º Andar - Centro - Farroupilha/RS

facesodonto@gmail.com - www.facesradiologia.com.br

f /faces.radiologia @ /faces.radiologia

Responsável Técnica:

Elisângela Dutra Dossin

Paciente: Ana Paula Salgado Baquis

Data: 21 / 01 / 21

Dr.(a): Verônica Girelli CRO: _____

Fone: 3268 9625

E-mail: _____

☐ SOLICITO NOVO BLOCO DE REQUISIÇÕES

(ou baixe diretamente em nosso site www.facesradiologia.com.br)

Forma de Envio dos exames:

☐ CD

☐ Filme radiográfico

☐ Papel Fotográfico

☐ Transferência de arquivo via web/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
8 7 6 5 4 3 2 1 | 1 2 3 4 5 6 7 8 E

☐ ATM - oclusão e abertura máxima

Motivo da solicitação do exame/informações clínicas:

☐ Localização de dentes retidos ou corpos estranhos

☐ Pesquisa de fratura radicular no dente

☐ Avaliação dos canais radiculares no dente

☐ Colocação de implantes (se desejar medidas em região dentada, especificar)

☐ Avaliação da condição do implante

☐ Biomodelo

☐ Cirurgia Guiada

☐ Periodontia

☐ Avaliação Patológica

☐ Cirurgia Sorriso Gengival

☐ Outros _____

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

ODONTOLOGIA DIGITAL - Escaneamento intraoral (CS 3600 - Carestream)

☐ Imagens via web / arquivo STL

☐ Sem Impressão 3D do modelo

☐ Com Impressão 3D do modelo

Finalidade: _____

RADIOGRAFIAS EXTRABUCAIS DIGITAIS

☐ Panorâmica

☐ Topo

☐ Oclusão

☐ Para Implante (com traçado computadorizado)

Região dos dentes: _____

☐ Motivo da solicitação / breve história clínica: _____

☐ Telerradiografia

☐ Frontal

☐ Sem Análise

☐ Lateral

☐ Análise

Especificar a Análise: _____

☐ C7

☐ ATM (Boca Aberta e Fechada)

☐ Radiografia da Mão e Punho com índice carpal

☐ Análise cervical para cálculo da idade óssea

Outra Técnica: _____

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

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

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

Finalidade: _____

pesquisa de cárie.

DOCUMENTAÇÃO ODONTOLÓGICA

- ☐ Documentação Ortodôntica Básica
 Panorâmica, Tele Lateral, Análise Cefalométrica (especificar), 6 Fotos e Modelos Digitais.
☐ Documentação Ortodôntica Básica sem modelos
 Panorâmica, Tele Lateral, Análise Cefalométrica (especificar) e 6 Fotos.
☐ Documentação Ortodôntica Básica sem impressões
 Exames radiográficos e modelos sem impressão, somente via web.
☐ 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 Personalizada Dr(a) _____

Informar os exames necessários para sua documentação: _____

Exame(s) a ser(em) incluído(s) na documentação:

- ☐ Análise Cervical
☐ Radiografia da mão e punho
☐ Fotos oclusais
☐ Periapicais dos incisivos
☐ Tele Frontal
☐ C7

Outro exame: Especificar _____

ANÁLISE CEFALOMÉTRICA

- | | | | |
|--|--|--|--|
| ☐ Adenóides | ☐ Downs | ☐ Profis | ☐ Trevisi |
| ☐ Análise Facial Frontal | ☐ Erupção 3° Ms | ☐ Rickets Frontal | ☐ Tweed |
| ☐ Análise Facial Perfil | ☐ Idade Óssea | ☐ Rickets Lateral | ☐ Unicamp |
| ☐ Bimler | ☐ Jarabak | ☐ Sassouni | ☐ USP |
| ☐ Delmanto | ☐ McNamara | ☐ Schwartz | ☐ USP - UNICAMP |
| ☐ Discrepância de Modelos | ☐ Petrovic | ☐ Steiner | ☐ AO - BO |

Outra: _____

HORÁRIO DE ATENDIMENTO

Manhã: 8h às 11h40
 Tarde (segunda a quinta-feira): 13h30 às 18h30
 Tarde (sexta-feira): 13h30 às 17h

Caro Paciente: Os valores informados por telefone serão confirmados na recepção.