

2-Na



Dados do Beneficiário

[illegible]

Redes de Control de Calidad y de Control de la Calidad Total

--	--

26-Nome do Profissional Execitante

20 Total: 21 Officers to be Discontinued

[illegible][illegible][illegible]

— 250 —



SERVIÇO DE IMAGENS EM ODONTOLOGIA

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: MARLENE FLAVIA MOURA Data: 09/11/20
Dr.(a): Dr. Luis Gustavo Feltrin CRO: _____ Fone: _____
E-mail: Cirurgião Dentista
CRO/RS 23260

☐ 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
8	7	6	5	4	3	2	1

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

 E

☐ ATM - oclusão e abertura máxima

☐ 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 _____

Motivo da solicitação do exame/informações clínicas:

* 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 EXTRABUCALIS DIGITAIS

☒ Panorâmica

☒ Topo

☐ Oclusão

☐ Para Implante (com traçado computadorizado)

Região dos dentes: _____

☐ Motivo da solicitação / breve história clínica: AVULSÃO INICIAL

☐ 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 LÂMINAS

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.