

PACIENTE:

DATA DE NASCIMENTO: / /

FONES: /

PEDIDO PELO (A) DR. (A):

E-MAIL:

END. PROFISSIONAL:

DATA DO PEDIDO: / /

TIPO DE EXAME:

INICIAL

FINAL

CONTROLE

EMERGÊNCIA

RADIOGRAFIAS INTRABUCAIS

PERIAPICAIS

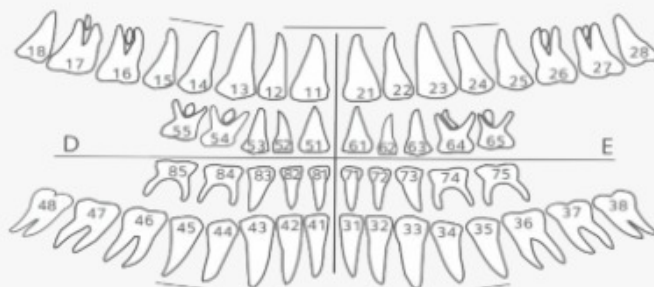
- TOTAL (14)
 DE TODOS DENTES PRESENTES E REGIÕES EDÊNTULAS
 DENTES ASSINALADOS
 LOCALIZAÇÃO TOPOGRÁFICA (TÉC. DE CLARK)

INTERPROXIMAIS (BITE-WING)

- MOLAR D E PRÉ-MOLAR D E

OCCLUSAL

- MAXILA
 MANDÍBULA REGIÃO _____



RADIOGRAFIAS EXTRABUCAIS

- PANORÂMICA
 PANORÂMICA PARA IMPLANTE
 ÁREA PARA IMPLANTE _____
 ATM (PANORÂMICA MOD.)
 LAT. OBLÍQUA DA MANDÍBULA D E
 PÓSTERO-ANTERIOR (P.A) SEIOS DA FACE (WATER'S)
 CARPAL (IDADE ÓSSEA)
 AXIAL (Hirtz)

TELERRADIOGRAFIA: COM TRAÇADO SEM TRAÇADO

ANÁLISE CEFALOMÉTRICA:

- USP JARABACK STEINER
 UNICAMP RICKETTS PROFIS
 MACNAMARA TWEED OUTROS: _____

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA

- MAXILA TOTAL
 MANDÍBULA TOTAL
 DENTES ASSINALADOS
 ATM



FINALIDADE DA TOMOGRAFIA

- PARA IMPLANTE
 SUSPEITA DE FRATURA
 PERFURAÇÃO / TREPANAÇÃO
 ENDODONTIA
 DENTE INCLUSO
 LOCALIZAÇÃO DE SUPRANUMERÁRIO
 ÁREA PATOLÓGICA

DOCUMENTAÇÕES ORTODÔNTICAS

- DOCUMENTAÇÃO I: PAN, TELE, MODELO, FOTOS (6) OU (8)
 DOCUMENTAÇÃO II: PAN, TELE, MODELO, PERIAPICAIS INCISIVOS, FOTOS (6) OU (8)
 DOCUMENTAÇÃO III: PAN, TELE, MODELO, BITE-WING (4), PERIAPICAIS DE INCISIVOS, FOTOS (6) OU (8)
 DOCUMENTAÇÃO IV: PAN, TELE, MODELO, 14 PERIAPICAIS, BITE-WING (4), FOTOS (6) OU (8)

MODELOS:

- TRABALHO COM ANÁLISE
 ESTUDO

FOTOS:

- FRENTE / PERFIL (2) OVER-JET OCCLUSAIS (2)
 SORRISO INTRA-ORAIS (3) ANÁLISE FACIAL

DOCUMENTAÇÕES PARA IMPLANTE

- PANORÂMICA MAPEADA FOTOS PERIAPICAL REGIÃO _____ MODELOS

FORMA DE ENVIO

- E-MAIL IMPRESSO: ENTREGAR VEM BUSCAR CD ENVIAR BLOCO DE PEDIDO

Observações Clínicas: _____