

| | | |
|----------|-------|------------------------------|
| Paciente | Nasc. | Data |
| Dentista | CRO | CARIMBO LEGÍVEL / ASSINATURA |
| E-mail | Cel. | |
| Endereço | | |

RAIOS X

EXTRA-ORAL

- ATM (aberto e fechado)
 Panorâmica
 Com desenhos das estruturas anatômicas
 Panorâmica com Complementação
 Teleradiografia de perfil
 Teleradiografia de perfil com traçado (Assinale abaixo)
 Teleradiografia frontal

INTRA-ORAL

- Periapical Completo
 Periapical Completo com Bite-Wings
 Periapical Isolado _____
 Com técnica de Clark: _____
 Interproximais (Bite-wings)
 Oclusal Superior
 Oclusal Inferior

Formas de envio:

- Digital (Central de exames / APP)
 Impresso
 Com laudo (3 dias úteis)

TRAÇADOS

- | | | | |
|----------------------------------|------------------------------------|---|---|
| <input type="checkbox"/> USP | <input type="checkbox"/> Steiner | <input type="checkbox"/> Ricketts Lateral | <input type="checkbox"/> Jarabak |
| <input type="checkbox"/> Profis | <input type="checkbox"/> Alexander | <input type="checkbox"/> Ricketts Frontal | <input type="checkbox"/> Análise de Adenóides |
| <input type="checkbox"/> Bimler | <input type="checkbox"/> Schwarz | <input type="checkbox"/> McNamara | <input type="checkbox"/> USP/Unicamp |
| <input type="checkbox"/> Unicamp | <input type="checkbox"/> Downs | <input type="checkbox"/> Tweed | <input type="checkbox"/> Outros: _____ |

FOTOS

Extra Oraís

- Frente repouso
 Frente sorrindo
 Perfil direito
 Perfil esquerdo

Intra Oraís

- Oclusão Anterior
 Oclusão Direita
 Oclusão Esquerda
 Vista Oclusal Superior
 Vista Oclusal Inferior
 Overjet Overbite

ESCANEAMENTO
INTRA-ORAL

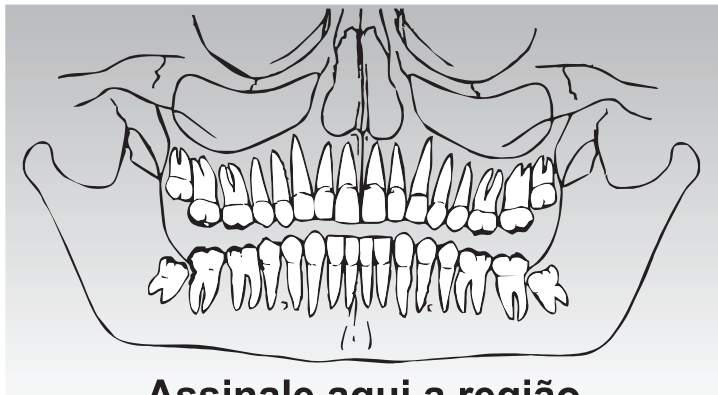
- Somente envio do arquivo STL
 Arquivo STL + modelo impresso

Para Alinhadores Ortodônticos

- InvisAlign ClearCorrect SmartAlign OrthoAlign
 Outros _____

Aceitamos convênios (diversos)

- * Convênio necessita de solicitação de exame em receituário próprio de dentista, **com carimbo, data e assinatura legíveis.**
* Os preços fornecidos por telefone, serão confirmados na recepção mediante a requisição.



Assinale aqui a região

FORMAS DE ENVIO

- SOMENTE VOLUME VOLUME + TEMPLATES

Visualização de volume (CD / e-mail)

- DICOM
 DENTAL SLICE
 OVV (viewer MORITA)

Templates

- PAPEL FOTOGRÁFICO + PDF (DIGITAL)
 FILME 20X25 + PDF (DIGITAL)
 PDF (DIGITAL)

ENDODONTIA

FOV 4X4 - ALTA RESOLUÇÃO - 360°

- Pesquisa de fraturas
 Região: _____
- Estudo de Anatomia radicular
 Região: _____
- Estudo de lesões periapicais
 Região: _____
- Outros
 Região: _____

INFORMAÇÕES CLÍNICAS

- DOR: Sim Não
 Estimulada
 Espontânea

- FISTULA: Sim Não

- EDEMA: Sim Não

TEMPO DE TTO ENDODÔNTICO (caso haja)

OUTRAS INFORMAÇÕES (HISTÓRICO)

IMPLANTE

- Maxila
 Mandíbula
 Região (Assinalar no desenho)

INFORMAÇÕES CLÍNICAS

- Possui enxerto Sim Não
 Exodontia recente Sim Não
 Com Guia Sem Guia

OUTRAS INFORMAÇÕES

PERIODONTIA

- Maxila Análise Periodontal
 Mandíbula Envolvimento de Furca
 Região (Assinalar no desenho) Outros _____

OUTROS

- ATM
 SEIOS DA FACE
 EXODONTIA DE 3º MOLAR (Assinalar no desenho)
 LOCALIZAÇÃO DE DENTE INCLUSO (Assinalar no desenho)
 AVALIAÇÃO TRIDIMENSIONAL DE LESÕES / PATOLOGIA (Assinalar no desenho)
 OUTROS (Descreva) _____

Dicas

- * Quanto menor o FOV maior é a resolução
- * A Análise tomográfica (tridimensional), deve ser realizada nos cortes multiplanares (volume)
- * Dê preferência a softwares nativos, visando uma melhor qualidade.
- * Cortes transversais só servem para planejamento de implantes.

PACOTES DE PLANEJAMENTO DIGITAL

- | | | | | |
|---|---|---------------------------------------|---|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> MAXILA | <input type="checkbox"/> IMPLANTE (CIR. GUIADA) | <input type="checkbox"/> SORRISO | <input type="checkbox"/> CIR. PERIODONTAL | <input type="checkbox"/> ENDO GUIDE |
| <input type="checkbox"/> MANDÍBULA | <input type="checkbox"/> ESCANEAMENTO | <input type="checkbox"/> ESCANEAMENTO | <input type="checkbox"/> ESCANEAMENTO | <input type="checkbox"/> ESCANEAMENTO |
| <input type="checkbox"/> ASSINALAR NO DESENHO | <input type="checkbox"/> TOMOGRAFIA | <input type="checkbox"/> FOTOS | <input type="checkbox"/> FOTOS | <input type="checkbox"/> TOMOGRAFIA |
| | | <input type="checkbox"/> TOMOGRAFIA | <input type="checkbox"/> TOMOGRAFIA | |