

Responsável Técnico: Dr. RICARDO ALVES MATHEUS - CRO/PR 10295
Especialista Mestre Doutor em Radiologia Odontológica - Professor no Curso de Odontologia da UEL

DADOS DO PACIENTE

Paciente: _____ Tel.: _____

End.: _____ Nasc.: ____/____/____

Finalidade do Exame: _____

RADIOGRAFIAS INTRABUCAIS

01 - PERIAPICAIS

- Levantamento Completo: Dentes Assinalados
- Superior
- Inferior

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

18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38

02 - INTERPROXIMAIS

- Molares Direito
- Pré-molares Esquerdo

03 - OCLUSAL

- Total Maxila Total Mandíbula Parcial / Região _____

04 - TÉCNICA DE LOCALIZAÇÃO

- Dente Incluso Corpo Estranho Região _____

RADIOGRAFIAS EXTRABUCAIS

05 - RADIOGRAFIAS

- Panorâmica com Laudo Traçado para Implante Seio Maxilar (Waters)
- Telerradiografia Lateral Rocabado Mão e Punho
- Pósterio Anterior (PA) Frontal Curva de Crescimento
- Ântero Posterior (AP) Towne ATM (6 Incidências - Transcraniana)
- PANJET** (Panorâmica + Interproximais Prés e Molares) Outras _____

06 - DOCUMENTAÇÃO

- DOC 1** - Panorâmica com laudo, Telerradiografia Lateral c/ 2 traçados, 3 Fotos intrabuciais, 3 Fotos extrabuciais, Modelo e Pasta
- DOC 2** - Panorâmica com laudo, Telerradiografia Lateral c/ 2 traçados, 5 Fotos intrabuciais, 3 Fotos extrabuciais, Modelo e Pasta
- DOC 3** - Panorâmica com laudo, Telerradiografia Lateral c/ 3 traçados, 5 Fotos intrabuciais, 3 Fotos extrabuciais, Periapical dos incisivos, Modelo e Pasta
- DOC PARA IMPLANTE** - Panorâmica com laudo e traçado, 5 Fotos intrabuciais e Modelo

07 - TRAÇADOS CEFALOMÉTRICOS

- Adenóide Jarabak Ricketts Frontal Trevisi USP
- Apnéia do Sono Lavergne/Petrovic Ricketts Lateral Tweed/Steiner Unicamp
- Bimler McNamara Schwarz Análise Facial _____
- Erupção 3º Molar Profis Rocabado USP/Unicamp _____

08 - MODELO

- Estudo
- Trabalho

09 - FOTOGRAFIAS

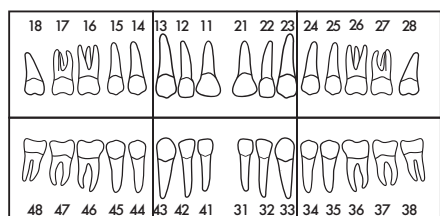
- Extrabuciais Sorriso Close de Sorriso
- Frente Oclusais
- Perfil

10 - OUTROS

- Pasta para Documentação
- Documentação em CD
- Enviar mais Requisições

11 - TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA (DENTAL SLICE)

Indique a Região de Interesse



- Tomografia da Maxila Impressão Filme (Padrão) Exame / CD (Dental Slice)
- Tomografia da Mandíbula Impressão em Papel Fotográfico

Obs.: _____
