



AGENDAMENTOS TAMBÉM PELO WHATS

43 9 9667-1968
43 3028-7202 | 3301-6756

radiocom@sercomtel.com.br
www.clinicaradio.com

Rua Jorge Velho, 678 - Vila Larsen
Londrina/PR - CEP 86010-600

PEDIDO DE EXAMES

Data: ____/____/20____

CLÍNICA ODONTOLÓGICA

Dentista: _____ Tel.: _____

DADOS DO PACIENTE

Paciente: _____ Tel.: _____

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

Finalidade do Exame: _____

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 Esquerdo
- Pré-molares Direito Esquerdo

03 - OCLUSAL

- Total Maxila Total Mandibula 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 com 2 traçados, 3 Fotos intrabucais, 3 Fotos extrabucais, **MODELO E PASTA**
- DOC 2** Panorâmica com laudo, Telerradiografia Lateral com 2 traçados, 5 Fotos intrabucais, 3 Fotos extrabucais, **MODELO E PASTA**
- DOC 3** Panorâmica com laudo, Telerradiografia Lateral com 3 traçados, 5 Fotos intrabucais, 3 Fotos extrabucais, Periapical dos incisivos, **MODELO E PASTA**

06.1 - DOCUMENTAÇÃO DIGITAL

- DOC 4** Panorâmica com laudo, Telerradiografia Lateral com 2 traçados, 3 Fotos intrabucais, 3 Fotos extrabucais, **ESCANEAMENTO (STL)**
- DOC 5** Panorâmica com laudo, Telerradiografia Lateral com 2 traçados, 5 Fotos intrabucais, 3 Fotos extrabucais, **ESCANEAMENTO (STL)**
- DOC 6** Panorâmica com laudo, Telerradiografia Lateral com 3 traçados, 5 Fotos intrabucais, 3 Fotos extrabucais, Periapical dos incisivos, **ESCANEAMENTO (STL)**

- DOC PARA IMPLANTE** - Panorâmica com laudo e traçado, 5 Fotos intrabucais e Modelo
- DOC PARA ALINHADORES** - Panorâmica, Telerradiografia, 8 Fotos
 - invisalign® Easysolution Outro Alinhadores STL PLY
- ESCANEAMENTO (MOLDAGEM DIGITAL)**
 - 1 invisalign® 2 Arquivo Digital STL PLY
- ESCANEAMENTO DE MODELOS EM GESSO** **MODELO (IMPRESSORA 3D)**

PARA MAIOR COMODIDADE, LIGUE E MARQUE O SEU HORÁRIO. AVISAR COM ANTECEDÊNCIA CASO NÃO SEJA POSSÍVEL COMPARECER NO HORÁRIO MARCADO. CONSULTE-NOS SOBRE OUTROS HORÁRIOS DE SUA CONVENIÊNCIA.

Assinatura do Paciente

Assinatura e Carimbo do Dentista

07 - TRAÇADOS CEFALOMÉTRICOS

- | | | | | |
|---|--|---|---|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Adenóide | <input type="checkbox"/> Jarabak | <input type="checkbox"/> Ricketts Frontal | <input type="checkbox"/> Trevisi | <input type="checkbox"/> USP |
| <input type="checkbox"/> Apnéia do Sono | <input type="checkbox"/> Lavergne/Petrovic | <input type="checkbox"/> Ricketts Lateral | <input type="checkbox"/> Tweed/Steiner | <input type="checkbox"/> Unicamp |
| <input type="checkbox"/> Bimler | <input type="checkbox"/> McNamara | <input type="checkbox"/> Schwarz | <input type="checkbox"/> Análise Facial | <input type="checkbox"/> _____ |
| <input type="checkbox"/> Erupção 3º Molar | <input type="checkbox"/> Profis | <input type="checkbox"/> Rocabado | <input type="checkbox"/> USP/Unicamp | <input type="checkbox"/> _____ |

08 - MODELO

- Estudo
 Trabalho

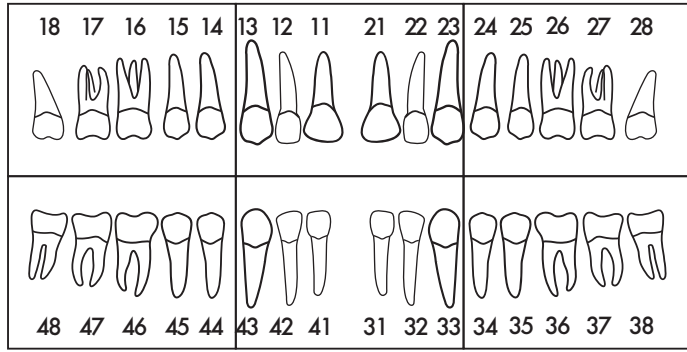
09 - FOTOGRAFIAS

- Extrabucais
 Sorriso
 Intrabucais
 Fronte
 Close de Sorriso
 Laterais D/E
 Perfil
 Oclusais

OBSERVAÇÃO

10 - TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA (DENTAL SLICE)

Indique a Região de Interesse



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

11 - TOMOGRAFIA PARA CIRURGIA GUIADA (SCANEAMENTO + TOMOGRAFIA)

- DICOM DICOM + STL MAXILA MANDIBULA

OUTROS

- Pasta para Documentação Documentação em CD Enviar mais Requisições

RECOMENDAÇÕES AO PACIENTE

ANTES DA MOLDAGEM

- 01 Escovar bem os dentes
- 02 **Evitar a ingestão de líquidos e alimentos até duas horas antes da moldagem**
- 03 Verificar previamente a existência de afta ou outra lesão bucal, pois sua presença pode inviabilizar a realização da moldagem

PARA FOTOGRAFIAS

- 01 De preferência prender os cabelos com elástico
- 02 Evitar uso de maquiagem

PARA RADIOGRAFIAS E TOMOGRAFIAS

- 01 Retirar brincos, gargantilhas e outros adornos nos cabelos, orelhas e face
- 02 Evitar o uso de vestuários com botões e feches metálicos na altura do pescoço

NOVO HORÁRIO DE ATENDIMENTO



DE SEGUNDA A SEXTA DAS 08h ÀS 17h

Não fechamos para almoço. SÁBADO DAS 08h ÀS 12h

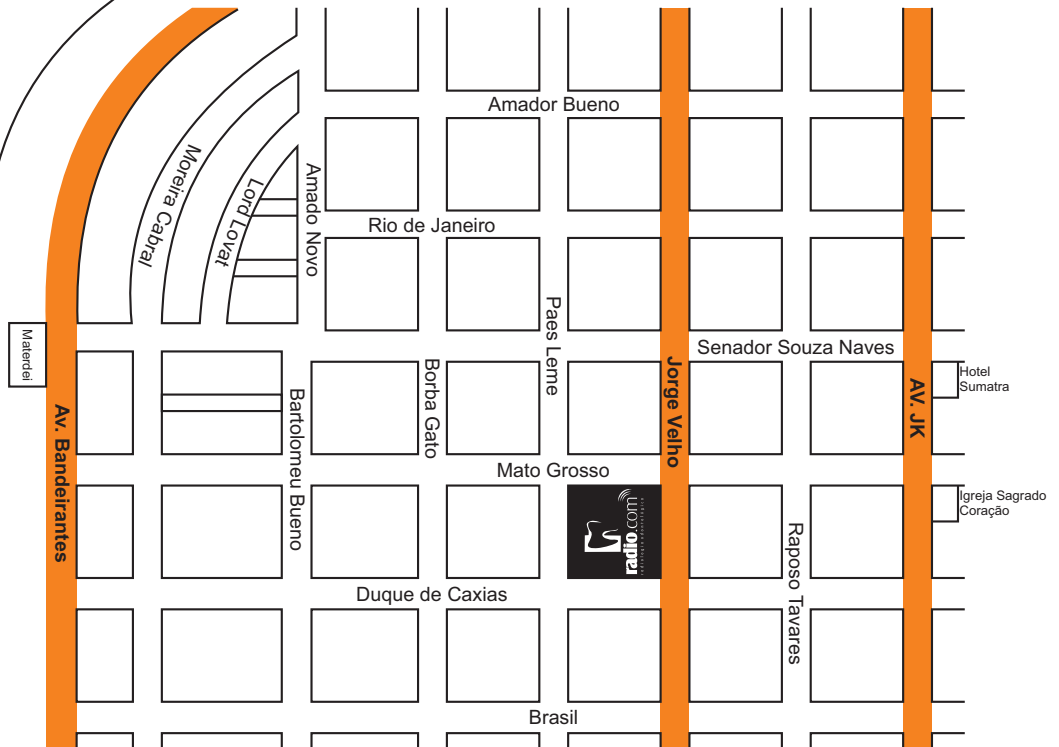
DOCUMENTAÇÃO ORTODÔNTICA

DE SEGUNDA A SEXTA DAS 08h ÀS 16h30

SÁBADO DAS 08h ÀS 11h30

Os valores dos exames informados por telefone são aproximados e serão confirmados em nossa recepção.

Para exames de documentação que contenham modelos, recomendamos jejum de 2 horas. O prazo de entrega da documentação será de 05 dias úteis desde que não seja necessária a repetição de nenhum dos exames.



Transporte Coletivo: Linhas 203 - 210 - 217 - 601 - 602