

## Requisição de Exames

### Identificação

**PACIENTE:** \_\_\_\_\_  
Nascimento: \_\_\_\_\_ Tel.: \_\_\_\_\_ Laudo:  Sim  Não

**REQUISITANTE:** \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_

CRO: \_\_\_\_\_ Tel.: \_\_\_\_\_ Email: \_\_\_\_\_

Carimbo e Assinatura

### Exames Radiológicos

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

- Periapical Completo  Paralelismo
- Periapical Isolado (marcar acima)
- Interproximais  Direita  Esquerda
- Panorâmica  Simples
- Panorâmica com Complementação
- Cefalométrica  Perfil  Em P.A.
- Punho e Mão - Finalidade Ortodôntica
- Oclusal Oblíqua }  Superior  
                                  }  Inferior
- ATM Vista Lateral }  Boca Fechada  
                                  }  Boca Aberta

### Formato de Entrega do Exame

- Impresso em Filme Radiográfico  E-mail  Impresso + CD

### Traçados Cefalométricos Computadorizados

- Steiner  McNamara  Bimler
- Tweed  Ricketts  Downs
- USP  UNICAMP  Jaraback
- USP/Unicamp  Outros \_\_\_\_\_

### Modelos

- Modelo de Estudo (zocalados e polidos)
- Modelo de Trabalho (zocalados e sem brilho)
- Modelo Bruto

### Fotos

- Frente  Oclusão Direita
- Frente Sorrindo  Oclusão Esquerda
- Perfil Direito  Oclusal Superior
- Perfil Esquerdo  Oclusal Inferior
- Oclusal Anterior  Overjet

### Escaneamento Intra-Oral (ITERO)

- Somente Digital (arquivo STL por email)
- Com impressão 3D do modelo
- Invisalign

### Tomografia Computadorizada CONE BEAM

#### Planejamento de Implantes:

- Maxila Completa
- Mandíbula Completa
- Regiões Isoladas (assinale ao lado e indique o n° do dente)

#### Diagnóstico da ATM:

- PA Visão Frontal }  Boca Fechada
- }  Boca Aberta
- }  Boca Fechada e Aberta
- }  Pesquisa de Fratura / Patologia

#### Periodontia

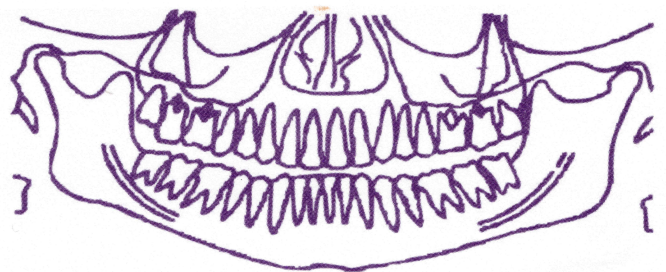
- Avaliação de Perda Óssea Alveolar (assinalar)
- Envolvimento de Furca (assinalar)
- Avaliação de Envolvimento Endoperiodontal

#### Endodontia

- Pesquisa de Fratura Dentária (assinalar)
- Pesquisa de Perfuração Radicular (assinalar)

#### Cirurgia

- Dente Incluso e / ou Supranumerário (assinalar abaixo)
- Pesquisa de Fratura Óssea Região \_\_\_\_\_
- Terceiros Molares (assinalar abaixo)
  - Relação com Canal Mandibular
  - Relação com o Seio Maxilar



### Formato de Entrega do Exame

- Impresso em Filme Radiográfico + CD (software One Volume Viewer Morita)
- Impresso em Papel Fotográfico + CD (software One Volume Viewer Morita)
- Dicom (email)
- Dentalslice (email)
- Somente Link (email e assinalar a região de interesse no odontograma)

Finalidade do exame, histórico clínico e observações:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Obs.: Caso haja necessidade complementar com informações no verso  →