



Sua consulta está agendada para: ____/____/____
às ____:____hs

horário de atendimento de 8 às 18 horas

Unidade São Mateus

27 3767-2579
(vivo) 27 99590-2440

fkradiologiasm@hotmail.com

Rua João Bento Silveiras, 232
Ed. Bergamin, 2º Andar
Centro . São Mateus - ES
(Praça da rodoviária)

EPAD - 176
Dr. Carlos Henrique de Sá Zetani
Responsável Técnico
CRO-ES: 5695

Unidade Nova Venécia

27 3752-3392
27 99590-2442 (vivo)

fkradiologianv@hotmail.com

Av. São Mateus, 31
Beira Rio . Nova Venécia - ES
(Em frente ao Sicoob)

EPAD - 1001
Dr. Murilo de Sá Figueira
Responsável Técnico
CRO-ES: 5707

Paciente: _____

Dr(a): _____

Fone: _____ E-mail: _____

☐ **Enviar bloco de requisições**

Estou ciente do exame radiográfico que necessito realizar, conforme solicitação do dentista e respondo (sem rasura):

Destino do exame:

☐ Vem buscar ☐ Enviar dentista solicitante

Autorizo que o exame seja enviado via internet para:

☐ Dentista solicitante ☐ E-mail: _____

Assinatura Paciente: _____

Assinatura, carimbo e CRO do dentista

RADIOGRAFIAS INTRA-ORAIS

PERIAPICAIS ☐ CD

☐ Exame Completo (14 Rx)

☐ Dentes Indicados

☐ Completa com 04 Interproximais

INTERPROXIMAIS

Pré-molares ☐ D ☐ E

Molares ☐ D ☐ E

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

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

OCUSAIS

☐ Maxila

☐ Mandíbula

☐ Parcial - Especificar _____

TÉCNICA DE LOCALIZAÇÃO (CLARK):

☐ Somente com periapicais ☐ Com periapicais e oclusal

Região de: _____

O que deseja localizar? _____

RADIOGRAFIAS EXTRA-ORAIS

☐ **Panorâmica** ☐ Boca semi-aberta (convencional) ☐ Em oclusão ☐ Com traçado para implante na região: _____

☐ **Telerradiografia** ☐ Lateral ☐ Frontal ☐ s/ traçado ☐ c/ traçado _____

☐ **Pósterio-Anterior** ☐ Mão e Punho (Carpal) ☐ Análise da idade óssea

☐ **ATM** (boca aberta / boca fechada) ☐ Outra - Qual? _____ - finalidade? _____

Objetivo principal do exame e observações: _____

FOTOGRAFIAS / MODELOS

☐ **FOTOGRAFIAS** ☐ CD

EXTRA ORAL

☐ Frente/Perfil D ☐ Perfil aproximado

☐ Perfil E ☐ Sorrindo

INTRA ORAL

☐ Oclusais

☐ Frente

☐ Lado direito

☐ Lado esquerdo

MODELOS

☐ Estudo

☐ Trabalho

☐ Análise de modelo

DOCUMENTAÇÕES

☐ **DOCUMENTAÇÃO PERSONALIZADA** ☐ **COM PASTA** ☐ **SEM PASTA** ☐ CD

☐ **ORTODÔNTICA SIMPLES** ☐ CD

- Telerradiologia lateral com traçado computadorizado, Panorâmica, Modelo de estudo, 05 fotos (frente, perfil e 03 intra-oraís), caixa e pasta

☐ **ORTODÔNTICA COMPLETA** ☐ CD

- Telerradiologia lateral com traçado computadorizado, Panorâmica, Modelo de estudo, 08 fotos (frente, frente sorrindo, perfil, 03 intra-oraís, 02 oclusais), 02 periapicais de incisivos, 02 interproximais de dentes posteriores, caixa e pasta

☐ **ORTODÔNTICA SUPER COMPLETA** ☐ CD

- Telerradiologia lateral com traçado computadorizado, Panorâmica, Modelo de estudo, 08 fotos (frente, frente sorrindo, perfil, 03 intra-oraís, 02 oclusais), 02 periapicais de incisivos, 04 interproximais de dentes posteriores, ficha clínica, caixa e pasta

☐ **ORTODÔNTICA ESPECIAL** ☐ CD

- Telerradiologia lateral com traçado computadorizado, Panorâmica, Modelo de estudo, 08 fotos (frente, frente sorrindo, perfil, 03 intra-oraís, 02 oclusais), Levantamento periapical completo, 04 interproximais, ficha clínica, caixa e pasta

ANÁLISES CEFALOMÉTRICAS

Traçado de: _____

☐ USP

☐ Bimler

☐ Roth Jarabak

☐ Lavergne Petrovic

☐ Frontal (Ricketts)

☐ Análise Adenoides

☐ Previsão de Erupção de Terceiros Molares

☐ Ricketts

☐ McNamara

☐ Downs

☐ Steiner

☐ Tweed

☐ Sassouni

☐ Profis

☐ Unicamp

☐ USP-Unicamp

☐ Rocabado

☐ Outros

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA POR FEIXE CÔNICO (CONE BEAM)

MAXILA:

☐ Total

☐ Regiões

1817161514131211

5554535251

6162636465

2122232425262728

MANDÍBULA:

☐ Total

☐ Regiões

4847464544434241

8584838281

3132333435363738

7172737475

FINALIDADE DO EXAME:

☐ Perfuração / Trepanação☐ ATM (boca aberta / fechada)☐ Arcos Zigomáticos

☐ Implante Unitário☐ Dente Retido☐ Área Patológica☐ Seios Paranasais

☐ Implantes☐ Fratura Radicular☐ Localização Supra-Numerário☐ Seio Maxilar

☐

☐ Mandíbula estendida (com ramo de mandíbula - área doadora para enxertos)

☐ Com guia tomográfico

☐ Protocolo para cirurgia guiada (guia tomográfico + registro de mordida)

☐ Outro exame:

TIPO DE IMPRESSÃO

☐ Filme☐ Papel Fotográfico (Padrão)

SOFTWARE PARA PLANEJAMENTO:

☐ Imagens Dicom☐ Dental Slice

☐ ImplantViewer

DADOS CLÍNICOS DO PACIENTE:

☐ Estou ciente do exame radiográfico que necessito realizar, conforme solicitação do dentista, para fins de tratamento odontológico e, mesmo estando grávida, autorizo a realização do exame.

☐ Necessito do exame sem laudo e me comprometo a buscá-lo posteriormente.

Data: / /

Assinatura do paciente ou responsável

UNIDADE NOVA VENÉCIA

(EM FRENTE AO SICOOB)

Rio Cricaré

RODOVIÁRIA

Boa Esperança / Pinheiros / Vila Pavão

TREVO

PONTE

Av. São Mateus, 31 - Bairro Beira Rio

FK

Radiologia Odontológica

MOBILIADORA UNIVERSAL

SICOOB

MECÂNICA FERRARI

UNIDADE SÃO MATEUS

(PRAÇA DA RODOVIÁRIA)

Rodologia Odontológica

FK

BARUC

RODOVIÁRIA

PRAÇA MESQUITA NETO

Avenida José Tozze

SIPOLATTI

SOFT MANIA

MÓVEIS SIMONETTI

SHOPPING SÃO MATEUS

LOJAS AMERICANAS