



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

horário de atendimento de 8 às 18 horas

Unidade Nova Venécia

27 3752-3392
(vivo) 27 99590-2442

fkradiologianv@hotmail.com

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

EPAO - 1001
Dr. Murilo de Sá Zucari
Responsável Técnico
CRO-ES 5707

Unidade São Mateus

27 3767-2579
27 99590-2440 (vivo)

fkradiologiasm@hotmail.com

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

EPAO - 176
Dr. Carlos Henrique de Sá Zucari
Responsável Técnico
CRO-ES 5605

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)

☐ Total

Regiões

 $\{$

				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	

E

☐ Total

Regiões

 $\{$

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			

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

☐ Com guia tomográfico

☐ Protocolo para cirugía guiada (guía 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.

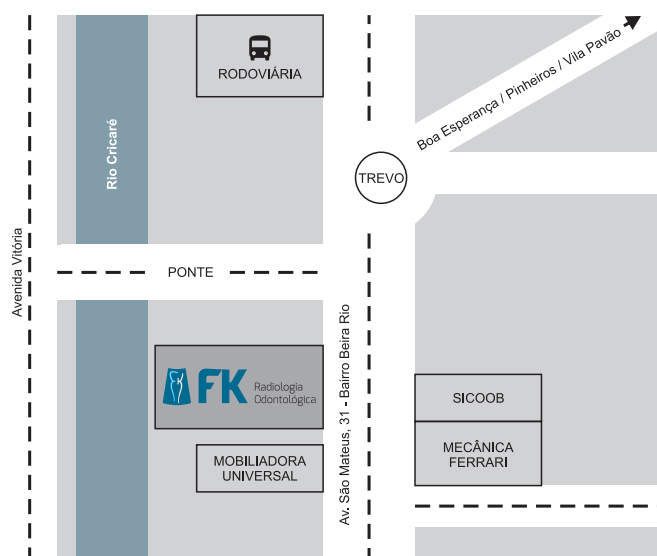
☐ **Necessito do exame sem laudo e me comprometo a buscá-lo posteriormente.**

Data: _____/_____/_____

Assinatura do paciente ou responsável

UNIDADE NOVA VENÉCIA

(EM FRENTE AO SICOOB)



UNIDADE SÃO MATEUS

(PRAÇA DA RODOVIÁRIA)

