

REQUISIÇÃO

Dados do Paciente

Paciente: _____ Nascimento: ____/____/____ Telefone: (____) _____

Profissional: _____ CRO: _____

Telefone: (____) _____ Nascimento: ____/____/____ E-mail: _____

Finalidade dos exames: _____

Data: ____/____/____ Assinatura / Carimbo: _____

Observações:

☐ Enviar requisições

☐ Exames impressos

☐ Exames não impressos (apenas pelo site)

Radiografias Intra-buciais

1. Periapical:

2. Interproximais:

Pré-molares

☐ Direito

☐ Esquerdo

Molares

☐ Direito

☐ Esquerdo

18 17 16 15 14 13 12 11	21 22 23 24 25 26 27 28
55 54 53 52 51	61 62 63 64 65
85 84 83 82 81	71 72 73 74 75
48 47 46 45 44 43 42 41	31 32 33 34 35 36 37 38

D

E

Radiografias Extra-buciais

1. Panorâmica convencional:

☐ Oclusão

☐ Topo a topo

2. Panorâmica para implante:

☐ Sem traçado

☐ Com traçado

3. ATM:

☐ Boca aberta

☐ Boca fechada

4. Tele lateral:

☐ Com traçado

☐ Sem traçado

5. ☐ Tele frontal

6. ☐ Waters

7. ☐ Idade óssea

8. ☐ PA de Manzi

Documentações

☐ DOC ECONÔMICA I: pan + tele c/ 1 traçado + 3 fotos

☐ DOC CONÔMICA II: pan + tele c/ 1 traçado + modelo + 3 fotos

☐ DOC ECONÔMICA III: pan + tele c/ 1 traçado + modelo + 6 fotos

☐ DOC ECONÔMICA IV: pan + tele c/ 1 traçado + modelo + 8 fotos

Análises Cefalométricas

☐ USP

☐ Ricketts

☐ Steiner

☐ Tweed

☐ Mc Namara

Outros: _____

Fotos

1. Extra-buciais:

- ☐ Frente
- ☐ Sorriso
- ☐ Perfil

2. Intra-buciais:

- ☐ Frente
- ☐ Lateral:
 - ☐ Direito
 - ☐ Oclusal:
 - ☐ Superior
 - ☐ Inferior
- ☐ Overjet
- ☐ Overbite
- ☐ Esquerdo

Tomografia Cone Beam

Avaliação para implante

- ☐ Maxila total
- ☐ Mandíbula total
- ☐ Hemi-arco:
Região: _____

- ☐ Maxila + Seios maxilares
- ☐ Maxila + Zigomático
- ☐ 01 Dente implante:
Região: _____

- ☐ Mandíbula + Ramo
- ☐ Sisos: ☐ 18 ☐ 28 ☐ 38 ☐ 48
- ☐ Seios da face
- ☐ Face total

Avaliação dentária

- ☐ Fratura
- ☐ Lesão
- ☐ Reabsorção
- ☐ Odontometria
- ☐ Anatomia endodôntica
- ☐ Incluso

Periodontia

- ☐ Aumento da coroa
Região: _____

ATM (Quais posições):

- ☐ Oclusão
- ☐ MIH
- ☐ Abertura máxima

Avaliação para patologia

Região: _____

☐ Direito

☐ Esquerdo

Recomendações para Radiologia:

- ☐ Usar afastador labial
- ☐ Realizar TC:
 - ☐ Oclusão
 - ☐ Entreaberta

Planning Center

- ☐ Perio Guide: Tomografia + Escaneamento Intraoral + Planejamento + Guia Periodontal Impresso

- ☐ Cirurgia guiada para implantes: Tomografia + Escaneamento Intraoral + Planejamento + Guia Cirúrgico Impresso

- ☐ Maxila ☐ Mandíbula ☐ 01 implante ☐ 02 implantes ☐ 03 implantes ☐ 04 ou mais implantes

- ☐ Endoguide

- Especificar implantes no campo **Tomografia**

- ☐ Placa miorelaxante

- ☐ Escaneamento intraoral

- ☐ Escaneamento para alinhadores: ☐ Invisalign ☐ Outros:
Qual? _____

- ☐ Apenas STL

- ☐ Impressão 3D:

- ☐ Resina (Trabalho) ☐ Plástico (Estudo) ☐ Modelos Articulados

- ☐ Prototipagem (Tomo + Escaneamento):

- ☐ Maxila (Arcada) ☐ Maxila + Zigomático ☐ Mandíbula (Arcada) ☐ Mandíbula + Ramo

Os orçamentos realizados através de telefone ou internet, serão confirmados mediante a apresentação da requisição. Para a sua maior comodidade, favor marcar horário.