

# RADIOLOGIA ODONTOLÓGICA



RADIOLOGIA ODONTOLÓGICA

Rua Castro Fafe, 236 - Centro  
1º Andar Recepção 2º Sala de Exame  
Atibaia - SP - CEP 12940-440  
CLÍNICA JOÃO QUIRICI

Fone: (11) 4412-3301 / (11) 97636-9965

Av. Tabela Passarela, 476 - Sala 06  
Edifício Bonet - Bairro Centro  
Mairiporã - SP - CEP 07600-000

Fone: (11) 4419-2624 / (11) 99859-6955

creradiologia@creradiologia.com // www.creradiologia.com

Horário de atendimento: De Segunda a Sexta Feira das 8:00 as 12:00hs e das 13:00 as 18:00hs || Sábados Atibaia das 7:00 às 10:30hs Mairiporã das 8:00 às 13:00hs

Data do exame \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Horário \_\_\_\_:\_\_\_\_hs

Valor R\$ \_\_\_\_\_

## PEDIDO DE EXAME

Nome: \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_

Data de Nascimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_ Telefone: \_\_\_\_\_

## SOLICITAÇÃO DO(a) DR.(a)

Nome: \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_

Telefone: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_\_

## RECOMENDAÇÕES

Preparo para o exame:

- Não vir com o cabelo molhado;
- Estar em jejum 2 horas antes do exame;
- Usar camiseta branca ou clara
- Vir com os cabelos presos;
- Vir com os dentes escovados;
- Remover previamente brincos e piercings.

Enviar mais solicitações

Entregar no consultório

Entregar ao paciente

## FAVOR MARCAR HORÁRIO

**VALOR DO EXAME SERÁ CONFIRMADO MEDIANTE A APRESENTAÇÃO DO PEDIDO**

**TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA**

## TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA (CONE BEAM)

Maxila Total       Mandibula Total       Região: \_\_\_\_\_

Com Medida       Sem Medida

Assinale a Região

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
----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----

TC - Tomografia com Software para Manipulação de imagens, exame exclusivamente em cd.

TC - email       TC - Papel Fotográfico       TC - Filme Radiográfico

## PROTOTIPAGEM

Maxila       Mandíbula

**DOCUMENTAÇÕES**

**Ortodôntica** Telerradiografia com até 2 traçados computadorizados, panorâmica, adenóide e erupção dos 3º molares, periapicais dos incisivos, 6 fotos (intra e extra orais), modelos de estudo, fichas clínicas, caixa para modelos e pasta.

**CD**       **Discrepância de Modelos**

**Ortodôntica Básica** Telerradiografia com até 2 traçados computadorizados, panorâmica, periapicais dos incisivos, 6 fotos (intra e extra orais), fichas clínicas, modelos de estudo, caixa para modelos e pastas.

**Periodontal** Panorâmica, periapicais dos arcos dentários, interproximais, 16 fotos (extra e intra-orais), ficha para medição de bolsa, periodontal, modelo de estudo, caixa para modelos e pasta.

**Personalizada/Outras:** \_\_\_\_\_

**ANÁLISE CEFALOMÉTRICA COMPUTADORIZADA**

- |  |  |  |   |
|--|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> USP (Atualizada)      | <input type="checkbox"/> BJORN JARABAK     | <input type="checkbox"/> LAVERGNE-PETROVIC       | <input type="checkbox"/> ANÁLISE ADENÓIDE             |
| <input type="checkbox"/> RICKETTS (33 Fatores) | <input type="checkbox"/> ANÁLISE DE MODELO | <input type="checkbox"/> DOWNS                   | <input type="checkbox"/> PREVISÃO ERUPÇÃO 3ºs MOLARES |
| <input type="checkbox"/> BIMLER                | <input type="checkbox"/> STEINER           | <input type="checkbox"/> INDICE VERT DE RICKETTS | <input type="checkbox"/> PREVISÃO CRESCIMENTO         |
| <input type="checkbox"/> MC NAMARA             | <input type="checkbox"/> TWEED             | <input type="checkbox"/> ANÁLISE PROFIS          | <input type="checkbox"/> RICKETTS FRONTAL             |
|  |  |  | <input type="checkbox"/> _____                        |

**MODELOS ORTODÔNTICOS**

- De estudo
- De trabalho

**FOTOS**

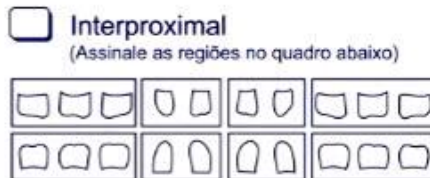
- Fotos Frente / Perfil / Sorriso
- Fotos Intra Oraís
- Fotos Oclusais
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_

**RADIOGRAFIAS EXTRABUCAIS**

- |  |   |                                      |   |
|--|---|--------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Panorâmica Digital      | <input type="checkbox"/> Standard                                   | <input type="checkbox"/> Com laudo   | <input type="checkbox"/> ATM - Panorâmica Modificada (Abertura Máxima e Máxima Intercuspidação) 4 incidências           |
|  | <input type="checkbox"/> Milimetrada                                | <input type="checkbox"/> Sem laudo   | <input type="checkbox"/> ATM - Panorâmica Modificada (Abertura Máxima e Máxima Intercuspidação e Repouso) 6 incidências |
|  | <input type="checkbox"/> P/ Implante (com traçado anatômico)        |                                      | <input type="checkbox"/> RX. Mão e Punhos (Índice Carpal)   |
|  | <input type="checkbox"/> Infantil (com redução da área de radiação) |                                      |   |
| <input type="checkbox"/> Teleradiografia Digital | <input type="checkbox"/> Lateral                                    | <input type="checkbox"/> Sem traçado |   |
|  | <input type="checkbox"/> Frontal                                    | <input type="checkbox"/> Com traçado |   |
|  | <input type="checkbox"/> Análise _____                              |                                      |   |

**RADIOGRAFIAS INTRABUCAIS**

**Periapicais**     Paralelismo     Bissetriz     Boca Toda     Algumas Regiões (assinale no quadro)



**Oclusal**     Maxila

                  Região \_\_\_\_\_

Mandíbula

                  Região \_\_\_\_\_

**Técnica de Localização**

Clark

\_\_\_\_\_

**Obs.:** \_\_\_\_\_