

## Requisição de Exames

**Motivo da Solicitação:** .....

<b>Dados do Paciente</b> Nome: ..... ..... Fone: ( ) .....	<b>Dados do Profissional</b> Nome: ..... Fone: ( ) ..... E-mail: .....
---	---

- Entregar ao paciente   
  Entregar no consultório   
  Enviar mais pedidos

### Radiografias Panorâmicas

- Panorâmica sem laudo   
  Panorâmica com laudo   
  Panorâmica com traçado para implante

### Documentações Ortodônticas

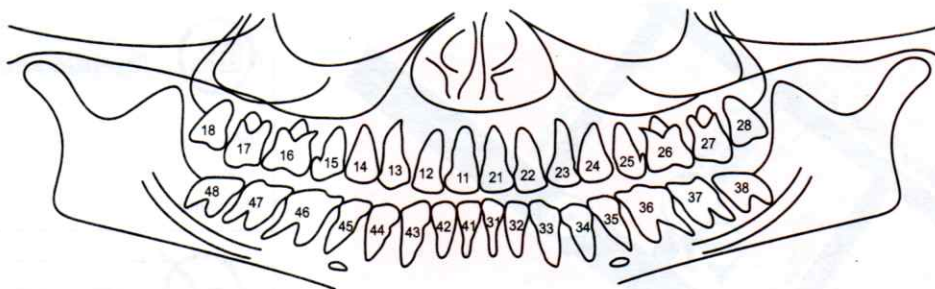
- Documentação Ortodôntica Express (Entrega em até 24 horas) - Telerradiografia lateral com análise cefalométrica, Panorâmica com laudo, 3 fotos extraorais, 5 fotos intraorais, **(não vem com modelo)**.
- Documentação Ortodôntica Econômica (entrega em até 7 dias) - Telerradiografia lateral com análise cefalométrica, Panorâmica com laudo, 3 fotos extraorais, 5 fotos intraorais, 1 par de Modelos Ortodônticos.
- Documentação Ortodôntica Completa (entrega em até 7 dias) - Telerradiografia lateral com análise cefalométrica, Panorâmica com laudo, 3 fotos extraorais, 5 fotos intraorais, Radiografia carpal ou frontal, 1 par de Modelos Ortodônticos.

### Análises Cefalométricas

- |                                    |                                   |                                      |
|------------------------------------|-----------------------------------|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Adenóide  | <input type="checkbox"/> Ricketts | <input type="checkbox"/> USP         |
| <input type="checkbox"/> Bimler    | <input type="checkbox"/> Sassouni | <input type="checkbox"/> Wyle        |
| <input type="checkbox"/> Downs     | <input type="checkbox"/> Schwartz | <input type="checkbox"/> Delmanto    |
| <input type="checkbox"/> Jarabak   | <input type="checkbox"/> Steiner  | <input type="checkbox"/> Erupção 3°M |
| <input type="checkbox"/> MacNamara | <input type="checkbox"/> Trevisi  | <input type="checkbox"/> USP/Unicamp |
| <input type="checkbox"/> Petrovick | <input type="checkbox"/> Tweed    | <input type="checkbox"/> Outro:      |
| <input type="checkbox"/> Profis    | <input type="checkbox"/> Unicamp  |                                      |

### Tomografia Computadorizada

**Motivo da Solicitação:** .....

**Assinale a(s) região(ões) de interesse para tomografia:**


### Tomografia Total

- Maxila   
  Mandíbula

### Tomografia Segmentada

\*Até 3 elementos adjacentes.

## Tomografia de ATM

 Boca Aberta Boca Fechada Boca Aberta e Fechada

## Radiografias Intrabucais Digitais

### Periapicais

- Levantamento Periapical Básico (14 Radiografias)
- Levantamento Periapical com Interproximais (18 Radiografias)
- Dentes Assinalados (somente)
- Técnica de Clark (3 Periapicais)

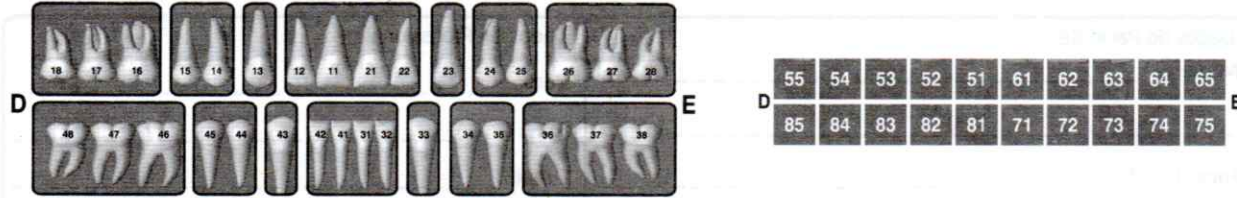
### Interproximais

- Pré-molares
- Molares
- Direito
- Esquerdo

### Oclusais

- Total
- Parcial
- Mandíbula
- Maxila
- Lado: -----

Assinale no odontograma os dentes a serem radiografados:



## Radiografias Extrabucais

- Telerradiografia Lateral
- Com traçado
- Sem traçado
- Telerradiografia Frontal
- Com traçado
- Sem traçado

- Carpal (idade óssea)
- A.T.M. (2 posições)
- P.A. Seio Maxilar
- P.A. Seio Frontal
- Perfil Nasal (com filme oclusal)

## Outros Serviços

- Modelo de Estudo (sem brilho)
- Modelo de Trabalho (com brilho)
- 3 Fotos Extrabucais, 5 Fotos Intrabucais

## Observações

---

---

---

---

---

---

---

---



### Agende seu horário:

Dia: ---/---/---

Horário: -----

Atendente: -----



### Não esqueça!

Agende seu horário para tomografia e documentação ortodôntica.  
Para documentação ortodôntica mantenha jejum de 2 horas antes do exame.

C00650-03