

DATA: . .

HORA: .

ENVIAR REQUISIÇÕES

DADOS PESSOAIS

Paciente: _____

Data Nasc.: _____

Dentista: _____

Telefone: _____

CRO do Profissional

FORMA DE ENVIO DOS EXAMES

Paciente retira

Digital

Entregar no consultório

Sistema/Easy Doc

E-mail: _____

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA CONE BEAM

Enviar (Dicom) | Visualizador de arquivo (Dicom)

| PERMANENTE | | | | | | | | | | | | | | DECÍDUA | | | | | | | | | | | |
|------------|----|----|----|----|----|----|----------|----|----|----|----|----|----|----------|----|----|----|----|----------|----|----|----|----|----|----|
| 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 |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| D | | | | | | | E | | | | | | | D | | | | | E | | | | | | |
| 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 |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Possível Diagnóstico: _____

PLANEJAMENTO PARA IMPLANTES

- Maxila Completa
- Mandíbula Completa
- Área Específica (Assinalar no Odontograma)
- Com Medida de Altura e Espessura Óssea

CIRURGIA

- Terceiro Molar
- Zigomático
- Dente Incluso
- Fratura Óssea
- Delimitação de Patologia
- Corpo Estranho

ENDODONTIA

- Fratura Dentária
- Perfuração Radicular
- Reabsorção Radicular
- Lesões Periapicais

ATM

- Boca Aberta
- Boca Fechada
- Boca Aberta e Fechada

AVALIAÇÃO

- Envolvimento Periodontal
- Envolvimento da Furca
- Perda Óssea Alveolar

OUTROS: _____

RAIO X-EXTRABUCAIS

- Panorâmica (P1) Topo Oclusão Com Laudo
- Panorâmica Infantil Topo Oclusão
- Telerradiografia Perfil Direito Frontal (PA) 45°D 45°E
- Índice Carpal Com Curva de Crescimento
- Lateral Mandíbula Corpo Ramo Direito Esquerdo
- Seios da Face Maxilares (Waters) Seios Frontais (Caldwell) Perfil
- ATM [Visão geral em oclusão e abertura máxima (P6)]
- Outra Incidência: _____

RAIO X-INTRABUCAIS

Periapical Completo | Periapical de Elemento

| | | | | | | | | | | | | | |
|-------------------------|----------|-------|-------|-------------|-------|-------|----------|-------------------------|-------|-------|-------------|-------|-------|
| <input type="radio"/> D | 18 17 16 | 15 14 | 13 12 | 11 21 | 22 23 | 24 25 | 26 27 28 | <input type="radio"/> E | 55 54 | 53 52 | 51 61 | 62 63 | 64 65 |
| | 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 |

Interproximal Molar Direito Pré-molar Direito Molar Esquerdo Pré-molar Esquerdo

Técnica de Localização
(Indicar região)

Dente Incluso Corpo Estranho
 Área Patológica Outro:

DOCUMENTAÇÕES ORTODÔNTICAS

Digital | Impressa

- Documentação Personalizada, Dentista:
- Documentação Ortodôntica Básica - Radiografia Panorâmica, Telerradiografia Lateral, Análise Cefalométrica (indicar), 5 Fotos Intrabucais, 3 Fotos Extrabucais, Modelo de Estudo Incluir 2 Periapicais de Anteriores
- Documentação Ortodôntica Completa - Radiografia Panorâmica, Telerradiografia Lateral, Análise Cefalométrica (indicar), 3 Periapicais de Anteriores, 2 Interproximais de Pré-molares (D e E), 2 Interproximais de Molares (D e E), Radiografia de Mão e Punho, Índice Carpal com Curva de Crescimento, Análise de Adenoides e Erupção dos 3º Molares Intrabucais, 5 Fotos Intrabucais, 3 Fotos Extrabucais, Modelo de Estudo
- Documentação Ortodôntica Específica - *Descrever os Exames*

ANÁLISES CEFALOMÉTRICAS

Adenoides Roth Jaraback 3's Molares Downs Bimler
 Mc Namara USP Ricketts Frontal Ricketts Lateral Unicamp Discrepância de Modelos

ESCANEAMENTO INTRAORAL

- Somente Escaneamento | FORMA DE ENVIO: STL ply OBS.:
- Escaneamento + DOC Básica | Digital Impressa OBS.:
- Escaneamento + DOC Personalizada | Digital Impressa OBS.:
- Modelo 3D | Digital Impressa

Em razão do disposto no art. 7º, I e VIII da Lei 13.709/2018, autorizo o compartilhamento dos resultados de exames realizados neste estabelecimento ao profissional solicitante, com o que expressamente CONSENTO.

Paciente

Número do Documento (CPF ou RG)

Autorizo a entrega dos exames ao profissional solicitante.

(Assinatura)

Retirarei exames impressos. Ijuí, ____ de ____ de 20__.

(Assinatura)



IJUIRAD
RADIOLOGIA ODONTOLÓGICA

Conheça
a Ijuirad:



ijuirad
 ijuirad.com.br
 ijuirad@gmail.com
 ijuiradradiologiaodontológica