

IDENTIFICAÇÃO

PACIENTE: _____ DN: ____ / ____ / ____ TELEFONE: () _____

DR.(A): _____ CRO: _____ TELEFONE: () _____

ENTREGA DE EXAMES

☐ ELETRÔNICA* ☐ IMPRESSA ☐ Retirar na Immagini ☐ Entregar no consultório*

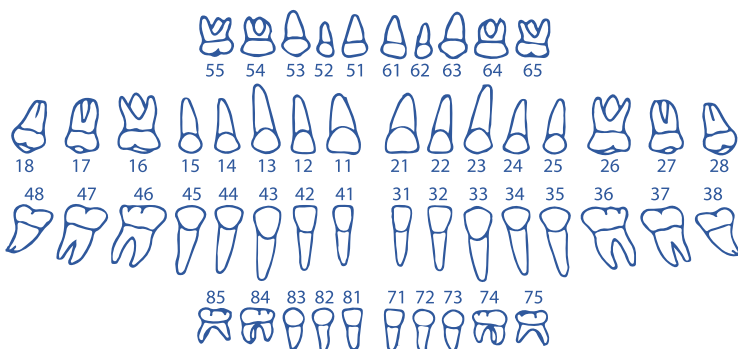
* Informar o endereço do consultório ou e-mail no campo abaixo.

OBS.: _____

☐ Enviar bloco de requisição

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE FEIXE CÔNICO - CONE BEAM

☐ MAXILA ☐ MANDÍBULA ☐ DENTES ASSINALADOS ☐ ATM ☐ Oclusão cêntrica ☐ Máxima abertura



Razão do exame: _____

☐ Enviar Volume DICOM

RADIOGRAFIAS EXTRABUCAIS

☐ PANORÂMICA ☐ Topo ☐ Oclusão ☐ Para implante sem traçado ☐ Para implante com traçado na região: _____

☐ TELERRADIOGRAFIA ☐ Lateral ☐ Frontal

☐ CARPAL ☐ Curva de crescimento ☐ Idade óssea ☐ ATM (Oclusão e máxima abertura) ☐ OUTRAS INCIDÊNCIAS: _____

RADIOGRAFIAS INTRABUCAIS

D 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
48 47 46 45 44 43 42 41 31 32 33 34 35 36 37 38
E 85 84 83 82 81 71 72 73 74 75

☐ PERIAPICAL ☐ Levantamento completo ☐ Dentes assinalados ☐ Técnica de localização (Clark) na região assinalada

☐ INTERPROXIMAL (BITE WING) ☐ Molar direito ☐ Molar esquerdo ☐ Pré-molar direito ☐ Pré-molar esquerdo

☐ OCLUSAL ☐ Maxila ☐ Mandíbula ☐ Região de interesse: _____

MODELOS

☐ ESTUDO (ORTODÔNTICO) ☐ TRABALHO ☐ Análise de modelos _____

Outras solicitações e observações: _____

Data: ____ / ____ / ____

CARIMBO E ASSINATURA

DOCUMENTAÇÃO ODONTOLÓGICA

- ☐ **DOC PERSONALIZADA:** Dr(a) _____
- ☐ **DOC I:** panorâmica, telerradiografia lateral com análise efalométrica e 3 fotografias de rosto.
- ☐ **DOC II:** panorâmica, telerradiografia lateral com análise cefalométrica, 6 fotografias (3 de rosto e 3 intrabucais), modelos ortodônticos, enviados em pasta e caixa personalizadas.
- ☐ **DOC III:** panorâmica, telerradiografia lateral com análise cefalométrica, 8 fotografias (3 de rosto e 5 intrabucais), interproximais de molares e pré-molares, periapicais dos anteriores, modelos ortodônticos, enviados em pasta e caixa personalizadas.
- ☐ **DOC IV (Ortognática):** panorâmica, telerradiografias lateral e frontal com análises cefalométricas (USP e Ricketts), 10 fotografias (3 de rosto, 5 intrabucais e 2 de *overjet*), modelos ortodônticos, enviados em pasta e caixa personalizadas.
- ☐ **DOC V (Implantodontia):** tomografia da região de interesse, com mensuração anatômica da região, 5 fotografias intrabucais e modelos de trabalho, enviados em pasta e caixa personalizadas.
- ☐ **DOC VI (Acompanhamento semestral):** panorâmica, periapicais de anteriores e 3 fotografias intrabucais.
- ☐ **DOC VII (Conclusão de tratamento):** panorâmica, telerradiografia lateral com análise cefalométrica, 6 fotografias (3 de rosto e 3 intrabucais), interproximais de molares e pré-molares, periapicais dos anteriores, modelos ortodônticos, enviados em pasta e caixa personalizadas.

MARCAR A ANÁLISE CEFALOMÉTRICA DE SUA PREFERÊNCIA:

- ☐ USP ☐ Ricketts ☐ McNamara ☐ Roth-Jarabak ☐ Tweed ☐ Steiner ☐ Unicamp
- ☐ Apneia do sono ☐ Vias aéreas/adenoides ☐ Erupção 3º molares ☐ Outros _____

Outras solicitações e observações: _____

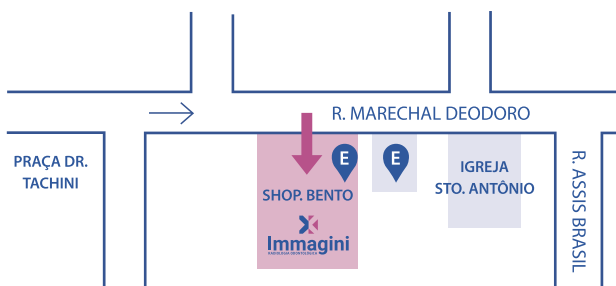
Data: ____ / ____ / ____

CARIMBO E ASSINATURA

IMPORTANTE

PARA OBTERMOS MELHORES RESULTADOS NOS EXAMES, O PACIENTE DEVERÁ OBSERVAR AS SEGUINTE INFORMAÇÕES:

- Manter alimentação leve e sem ingestão de produtos lácteos no dia do exame; manter jejum uma hora antes dos procedimentos.
- Remover objetos metálicos da região de cabeça e pescoço como: piercing, brinco, colar ou correntes, presilhas de cabelo, aparelho auditivo, prótese dentária e aparelho ortodontico móvel.
- Apresentar essa requisição e documento de identificação com foto no momento do exame; paciente menor de 18 anos, deverá estar acompanhado de responsável legal, também portando documento de identificação com foto.
- Paciente gestante: informar essa condição aos atendentes no momento do exame.
- Os valores informados por telefone são aproximados e serão confirmados no momento da realização do exame, após análise da requisição.



AGENDE SEUS EXAMES

Rua Marechal Deodoro, 230, sala 905, 9º andar
(acesso pelo Shopping Bento)

(54) 3052-0880 / (54) 99902-4171

bento@immagineradiologia.com.br

Segunda a Sexta: 9h às 12h e 13h30 às 18h30

Sábado: 9h às 12h