

PACIENTE: _____

EXAME: _____ AGENDADO PARA: ____ / ____ / ____

DR: _____ SOLICITADO EM: ____ / ____ / ____

Rua Marechal Deodoro, 230, sala 905 (Shopping Bento)
Bento Gonçalves-RS
(54) 3052-0880 / (54) 99902-4171
www.immaginiradiologia.com.br

EXAME AGENDADO PARA:

Dia ____ / ____ / ____ Horário ____ : ____

IDENTIFICAÇÃO

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

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

ENTREGA DE EXAMES

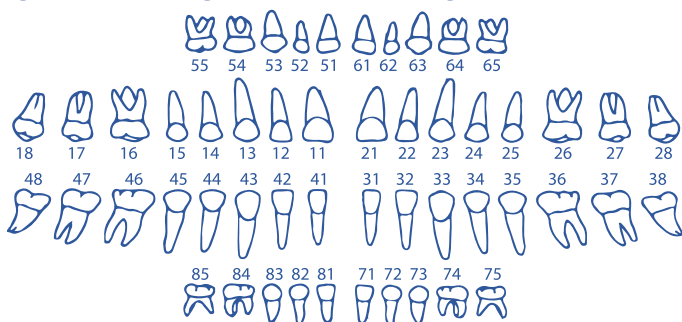
☐ ELETRÔNICA* ☐ IMPRESSA ☐ Retirar na Imagini ☐ Entregar no consultório*

* 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 ☐ Boca fechada ☐ Boca aberta

Razão do exame: _____

☐ Enviar Volume DICOM☐ DOC V (Implantodontia): tomografia da região de interesse, com mensuração anatômica da região, 5 fotografias intrabuciais e modelos de trabalho, enviados em pasta e caixa personalizadas.

EXAMES EXTRABUCALIS | INTRA

☐ PANORÂMICA ☐ Topo ☐ Oclusão ☐ TELERRADIOGRAFIA ☐ Lateral ☐ Frontal
☐ PERIAPICAL ☐ Levantamento completo ☐ Dentes _____ ☐ DOC PERSONALIZADO _____
☐ INTERPROXIMAL (BITE WING) ☐ Molar direito ☐ Molar esquerdo ☐ Pré-molar direito ☐ Pré-molar esquerdo

Outras solicitações e observações: _____

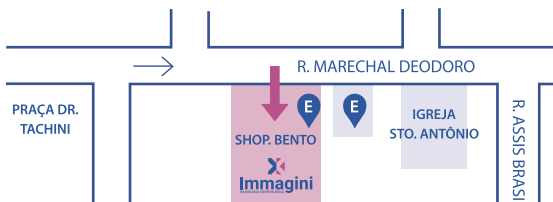
Data: ____ / ____ / ____

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 ortodôntico 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@immaginiradiologia.com.br

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