

IDENTIFICAÇÃO

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

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

ENTREGA DE EXAMES

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

OBS.: _____

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

☐ Enviar bloco de requisição

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: _____

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☐ Apineia do sono ☐ Vias aéreas/adenoides ☐ Erupção 3º molares ☐ Outros _____

MODELOS

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

RADIOGRAFIAS INTRABUCAIS

		55	54	53	52	51		61	62	63	64	65							
	D	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28	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

☐ 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: _____

Outras solicitações e observações: _____

Data: ____ / ____ / ____

CARIMBO E ASSINATURA

IMPORTANTE (Informações ao paciente):

- 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.