

Ficha de Requisição de Exames



RADIOGRAFIAS EXTRA BUCAIS DIGITAIS

☐ Panorâmica
 ☐ C/ Laudo
 ☐ S/ Laudo
 ☐ C/ Trabalho determinar me (ortograma alabio)

☐ Teleradiografia

☐ Latente
☐ Frontal

☐ Cefal (Idade Osseas)
☐ ATM - seriada transforacal 2 posicoes
☐ Oclusao

RADIOGRAFIAS INTRA BUCAIS

☐ Periapical - individual

☐ Periapical - completa
☐ Interproximal - individual
☐ Interproximal - completa
☐ Oclusao - mandibular
☐ Oclusao - maxilar

FOTOS

☐ Fronte / Perfil
☐ Sorriso
☐ Intra Bucal
☐ Overjet
☐ Oclusao

☐ CD

MODELOS

☐ Modelo Estudo
☐ Modelo Digital em CD
☐ Estudos de Modelo (posicao bucal, sorriso)

☐ Manipulacao das Imagens

DOCUMENTAÇÃO / ESCANEAMENTO INTRA ORAL

☐ Econômica

☐ Sistema Fotogrametria, 3 Fotos da Seta, 3 Fotos da Base, 3 imagens reformateadas (formato de arquivo)
☐ uso CD

TRACADOS CEFALOMÉTRICOS

☐ HOLLER
☐ LABARAS
☐ SCHNABER
☐ TROVENSE
☐ FROBER
☐ BICKETTS
☐ STENGER

☐ FRETIVE
☐ EWEER
☐ LINDSEY
☐ USP
☐ ANDRIGUETES - USP - UNICAMP
☐ ANDRIGUETES FACUL
☐ APALDIA (NO BOM)

☐ ANALISE FOTOGRAFICA DE BICKETTS
☐ OLIVEIRAS

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA CONE BEAM

PLANEJAMENTO DE IMPLANTES

☐ ESTUDO PARCIAL: ☐ MAXILA ☐ MANDÍBULA ☐ ASSINALAR NO OCIDENTOGRAFIA A BAINHA

☐ ESTUDO TOTAL: ☐ MAXILA ☐ MANDÍBULA

38 37 36 35 34 33 32 31 21 22 23 24 25 26 27 28

48 47 46 45 44 43 42 41 32 33 34 35 36 37 38

Favor Marcar Abaixo Finalidade da Tomografia

☐ CD com software de manipulação acompanhando o exame Intra Viewer

☐ Implante / Espessura Óssea

☐ 3º Molar 38 48 / Canal Mandibular

☐ Dente Retido

☐ Fratura radicular

☐ Perfuração / Trepanação

☐ Canal radicular acessório

☐ Supra-numerário

☐ Área patológica

☐ Seios paranasais

☐ ATM ☐ boca aberta ☐ boca fechada

PROTOTIPOAGEM

☐ MAXILA ☐ ARANCO-OFÍCIO GIGIESTAS

☐ MANDÍBULA ☐ TRABANCO (CÉLULA-BEINHA)

OBSERVAÇÕES

[illegible]



Pro
radiografias odontológicas

CENTRO DE RADIOLOGIA ODONTOLÓGICA DE PIRACATUBA

AV. WASHINGTON LUIZ BR. 141
PACARUÍ - CONSULTA 11 - TEL 191 3221-8229
CEP 13670-100 - PRESIDENTE PRUDENTE-SP
E-mail: prodontepip@gmail.com / prodontepip.com.br
(19) 39153-8595/5

☐ Entregar
☐ Retirar

BADOS DO PACIENTE

Nome: _____ Idade: _____

DADOS DO PROFISSIONAL

Doutrina: _____ Form: _____

Especialidade: _____

CONVÊNIOS ODONTOLÓGICOS:
 LEVAR RECETUÁRIO PRÓPRIO ASSINADO E CARIMBADO

ATENDIMENTO COM HORA MARCADA (Exceto p/ Panorâmica)

Horário de Atendimento: 2ª a 6ª - 8:00 as 18:00 hs.

Sábados: 8:00 as 12:00 hs.

Orramos com telefone sujeito a confirmação mediante apresentação do pedido.

Dia do exame: / / às hs.

Doutor (a) visualize seus exames pelo site:
www.prodonteradiologia.com.br

Mantenha seu e-mail atualizado: