

DADOS DO PACIENTE LOCAL DE ENTREGA Paciente busca Consultório odontológico Virtual Motoboy

Nome _____ CPF _____ Nascimento ____/____/____
Fone (____) _____ ID _____ Idade _____ NF _____

DADOS DO SOLICITANTE ENVIAR MAIS REQUISIÇÕES

Dr(a) _____ Endereço _____
Fone _____ e-mail _____ Data ____/____/____

Radiografia Panorâmica Topo Oclusão Para Implante

Fotos extra-orais (3) Fotos intra-orais (5) Fotos de overjet Modelos de estudo Modelos digitais

Teleradiografia Lateral Frontal A.T.M. (Boca fechada e aberta) Levantamento Periapical Completo

Índice Carpal Localização de Dentes Retidos ou Corpos Estranhos (TÉCNICA DE CLARK): _____

Periapical

V	IV	III	II	I	I	II	III	IV	V
V	IV	III	II	I	I	II	III	IV	V

8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8
8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8

Bite-Wing (interproximal) Molares Pré-molares Oclusal Maxila Mandíbula

Direito Esquerdo Lateral Direita Esquerda

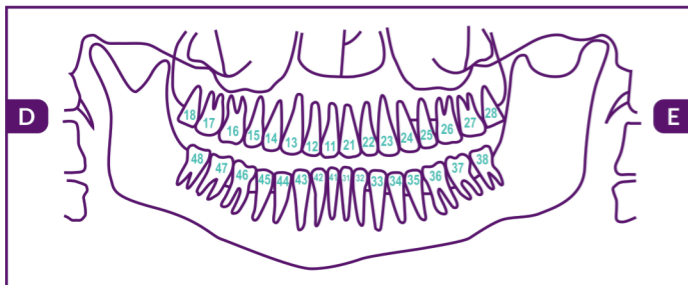
TOMOGRAMIA CONE BEAM - Arroio do Meio / Lajeado / Encantado / Estrela

IMPLANTE	CIRURGIA - PATOLOGIA	ORTODONTIA
<input type="radio"/> Face completa	<input type="radio"/> Localização de dente incluso/supranumerário	<input type="radio"/> Morfologia óssea para ancoragem de mini-implantes
<input type="radio"/> Maxila completa	Região: _____	<input type="radio"/> Avaliação das tábuas ósseas vestibular e lingual
<input type="radio"/> Mandíbula completa	<input type="radio"/> Patologia (pesquisa e delimitação)	<input type="radio"/> Disjunção palatina
<input type="radio"/> Região - 18/14	<input type="radio"/> Pesquisa de fratura	<input type="radio"/> ENDODONTIA
<input type="radio"/> Região - 13/23	Região: _____	<input type="radio"/> Pesquisa de reabsorção radicular
<input type="radio"/> Região - 24/28	<input type="radio"/> A.T.M.	<input type="radio"/> Pesquisa de fratura e/ou perfuração radicular
<input type="radio"/> Região - 38/34	<input type="radio"/> Boca aberta	<input type="radio"/> Avaliação de lesões
<input type="radio"/> Região - 33/43	<input type="radio"/> Boca fechada	<input type="radio"/> Tomografia dos seios da face
<input type="radio"/> Região - 44/48	<input type="radio"/> Boca aberta e fechada	<input type="radio"/> CIRURGIA GUIADA
<input type="radio"/> Região específica	<input type="radio"/> Pesquisa de fratura/patologia	<input type="radio"/> Protocolo para planejamento de Cirurgia Guiada

Somente arquivo digital JPG Imagens em CD Arquivos DICOM

Papel fotográfico Filme radiográfico

ÁREA DE ANÁLISE



INFORMAÇÕES CLÍNICAS

ESCANEAMENTO INTRA-ORAL - SEM MOLDAGEM

- SUPERIOR + INFERIOR ARTICULADO
 MODELO VIRTUAL SOMENTE
 IMPRESSÃO 3D DO MODELO EM RESINA (ALTA PRECISÃO)

FINALIDADE DO ESCANEAMENTO:

- ORTODÔNTICA RESTAURADORA PROTÉTICA IMPLANTODONTIA

ENVIAR ARQUIVO STL PARA: _____

- ALINHADORES - Panorâmica, Telerradiografia lateral, 03 Periapicais anteriores, Interproximais de molares e pré-molares, análise cefalométrica (especificar), fotos e modelos digitais.
 SOMENTE DIGITAL - Programa CFAZ MODELOS DIGITAIS SEM MODELOS MODELOS IMPRESSOS

- ESPECIAL - Radiografia panorâmica, telerradiografia lateral, teleradiografia frontal, análises e traçados cefalométricos, análise da via naso-faríngea (adenóides), radiografia do carpo com estimativa de idade óssea e curva de crescimento, radiografias periapicais dos dentes anteriores, interproximais de molares e pré-molares, modelos ortodônticos, fotografias intra e extra-orais e laudo radiográfico.
 SOMENTE DIGITAL - Programa CFAZ MODELOS DIGITAIS SEM MODELOS MODELOS IMPRESSOS

- COMPLETA - Radiografia panorâmica, telerradiografia lateral, análises e traçados cefalométricos, análise da via naso-faríngea (adenóides), radiografia do carpo com estimativa de idade óssea e curva de crescimento, radiografia periapicais dos dentes anteriores, interproximais de molares, modelos ortodônticos, fotografias intra e extra-orais e laudo radiográfico.
 SOMENTE DIGITAL - Programa CFAZ MODELOS DIGITAIS SEM MODELOS MODELOS IMPRESSOS

- BÁSICA - Radiografia panorâmica, telerradiografia lateral, análises e traçados cefalométricos, análise da via naso-faríngea (adenóides), radiografia periapicais dos dentes anteriores, interproximais de molares, modelos ortodônticos, fotografias intra e extra orais e laudo radiográfico.
 SOMENTE DIGITAL - Programa CFAZ MODELOS DIGITAIS SEM MODELOS MODELOS IMPRESSOS

- DSD - DIGITAL SMILE DESIGN - Panorâmica, 3 periapicais de anteriores, escaneamento intra-oral, 5 fotos padrão DSD
 PLANEJAMENTO 2D PLANEJAMENTO 3D ENCAMINHAR PARA: _____

- FINAL - Radiografia panorâmica, telerradiografia lateral, análise cefalométrica, (especificar), modelos de estudo e 8 fotos.
 SOMENTE DIGITAL - Programa CFAZ MODELOS DIGITAIS SEM MODELOS MODELOS IMPRESSOS

- PERSONALIZADA - Dr(a): _____
 SOMENTE DIGITAL - Programa CFAZ MODELOS DIGITAIS SEM MODELOS MODELOS IMPRESSOS

- | | | | |
|--|--|--------------------------------|---|
| <input type="radio"/> Andenóides | <input type="radio"/> Jarabak | <input type="radio"/> Sassouni | <input type="radio"/> Unicamp |
| <input type="radio"/> Bimler | <input type="radio"/> McNamara | <input type="radio"/> Schwarz | <input type="radio"/> USP |
| <input type="radio"/> Delmanto | <input type="radio"/> Petrovic | <input type="radio"/> Steiner | <input type="radio"/> USP - Unicamp |
| <input type="radio"/> Downs | <input type="radio"/> Profis | <input type="radio"/> Trevisi | <input type="radio"/> Apnéia do Sono |
| <input type="radio"/> Erupção do 3ºmolares | <input type="radio"/> Ricketts Lateral | <input type="radio"/> Tweed | <input type="radio"/> Rocabado |
| | | | <input type="radio"/> Análise de Bolton |



**RECOMENDA-SE VIR SEM BRINCOS, COLARES E PIERCINGS.
EM CASO DE GRAVIDEZ, COMUNIQUE O RADIOLOGISTA.**

AUTORIZAÇÃO DE USO DE DADOS E IMAGEM

Neste ato eu, _____ inscrito no CPF nº _____, AUTORIZO a empresa Radiodonto Radiologia por Imagem LTDA., a utilizar os meus dados, minha imagem e voz, bem como, todo e qualquer material, entre fotos, vídeos, documentos, laudos e exames, para ser enviada para o cirurgião dentista solicitante ou outro profissional da área da saúde que venha a solicita-los. A presente autorização é concedida a título gratuito, abrangendo o uso da imagem, dados, documentos, exames, laudos e voz acima mencionados em todo território nacional. Por esta ser a expressão da minha vontade, declaro que autorizo o uso dos itens acima descritos sem que nada haja a ser reclamado, inclusive a título de direitos conexos a minha imagem ou a qualquer outro, e assino a presente autorização.

Data: ____/____/____ Assinatura: _____ Responsável: _____ CPF: _____