

Paciente _____ Data _____

Tipo de Exame _____ Motivo do Exame _____

Paciente _____ Data Nasc. _____

Telefone () _____ Celular () _____ Enviar bloco de requisição

Dr. _____ End. _____

CRO _____ Telefone () _____ Motivo do Exame _____

DOCUMENTAÇÃO

Ortodôntica Básica

(01 Panorâmica, 01 Telerradiografia Lateral, 03 Fotos Extra-bucais, 05 Fotos Intra-bucais, Modelo de Estudo e Traçado Cefalométrico)

Ortodôntica Completa

(Ortodôntica Básica + Radiografia Interproximal e Análise de Modelo)

Pasta: Impressa Digital
Modelo: Impresso Digital

Alinhadores

(Documentação conforme padrão da marca do alinhador)

Marca do Alinhador: _____

RADIOGRAFIAS INTRA-BCAIS

Periapical

Total (Radiodôntica)

Milimetrada

Dentes Assinalados:

DIREITO										ESQUERDO																																									
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	85	84	83	82	81	71	72	73	74	75

Bitewing (Interproximal)

Molares D E

Pré-Molares D E

Total (PM e Molares)

Oclusal

Maxila

Mandíbula

Finalidade: _____

Técnica de Clark

Região: _____

Finalidade: _____

Tipo de Traçado

- | | | |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Apneia do Sono | <input type="checkbox"/> Sassouni | <input type="checkbox"/> Unicamp |
| <input type="checkbox"/> Adenoides | <input type="checkbox"/> Tweed | <input type="checkbox"/> FMP |
| <input type="checkbox"/> Bimler | <input type="checkbox"/> Usp | <input type="checkbox"/> Alexander |
| <input type="checkbox"/> Delmanto | <input type="checkbox"/> McNamara | <input type="checkbox"/> Usp/Unicamp |
| <input type="checkbox"/> I.B.E.O | <input type="checkbox"/> Arnett | <input type="checkbox"/> Análise Idade |
| <input type="checkbox"/> Profis | <input type="checkbox"/> Bjork-Jarabak | <input type="checkbox"/> Óssea (Cervical) |
| <input type="checkbox"/> Jarabak | <input type="checkbox"/> Ricketts | <input type="checkbox"/> Outros: _____ |
| <input type="checkbox"/> Rocabado | <input type="checkbox"/> Steiner | |

RADIOGRAFIAS EXTRA-BCAIS

Panorâmica

Complementação: Incisivos
 Bitewing (Molares)

Panorâmica p/ Implantes

Região: _____

Teleradiografia

Lateral Frontal

Sem Traçado Traçado: _____

ATM

Carpal (Mão e Punho)

PA Seios Maxilares (Waters) Frontal

Fotos

EXTRA-BCAIS

Frontal

Perfil D E

Sorriso

Outra: _____

INTRA-BCAIS

Frontal (Oclusão)

Perfil D E

Oclusal Superior

Oclusal Inferior

Modelos

Trabalho (Gesso) Trabalho (3D Resina)

Modelo Digital Estudo (3D Filamento)

Análise de Modelo

Moyers (Dentição Mista)

Bolton (Dentição Permanente)

Discrepância de Modelos

Planejamento Digital do Sorriso (DSD)

Protocolo de Exame DSD DSD 2D

Planejamento Digital DSD DSD 3D
+ Protocolo de Exames

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZA CONE BEAM

i REGIÃO A SER TOMOGRAFADA

Maxila Mandíbula Região Específica: _____

i INFORMAÇÕES CLÍNICAS (Preenchimento Obrigatório):

OBJETIVO DO EXAME

Planejamento de Implantes

- Com Guia Tomográfica
- Sem Guia Tomográfica
- Avaliação para Enxerto Ósseo
- Planejamento para Implante
- Avaliação de Implantes

Endodontia

- Pesquisa de Fratura
- Pesquisa de Perfuração
- Avaliação de Lesões Periapicais
- Avaliação de Reabsorção Radicular

Periodontia

- Avaliação de Perda Óssea
- Envolvimento de Furca
- Envolvimento Endoperiodontal
- Avaliação de Tecido Gengival

Ortodontia

- Avaliação das Tábuas Ósseas
- Avaliação de Desenvolvimento / Erupção
- Estudos para Inserção de Mini-Implantes
- Disjunção Palatina
- Protocolo MARPE

ATM

- Morfologia Aberta Aberta / Fechada
- Patologia Fechada

Cirurgia e Patologia

- Terceiros Molares Seios Maxilares
- Dentes Inclusos / Supranumerários Área Patológica
- Pesquisa de Fratura Óssea

ODONTOLOGIA DIGITAL

Placa de Bruxismo (Fluxo Digital)

PROTOTIPAGEM

- Maxila
- Mandíbula
- Região Específica: _____

PROTOCOLO CIRURGIA GUIADA (EXAMES DIGITAIS)

- Guia Parcial (Dento Suportado)
- Guia Total (Mucosuportado) **i** *É necessário enviar PT bem adaptada com marcações + registro*

🏠 Centro de Planejamento Escolhido: _____

FORMATO DO EXAME

CD

- Dicom
- Galileos
- Dental Slice
- On Demand

Impresso

- Papel Fotográfico
- Filme

OBSERVAÇÕES

2ª a 6ª - 8h às 19h
Sáb - 8h30 às 12h30

(24) **2231-3307 | 98831-3307**
www.imaradiologia.com.br
ima@imaradiologia.com.br



Rua Dr. Nelson de Sá Earp, 95
Sala 320 · Bauhaus Expansão
Centro · Petrópolis | RJ