

EXAMES A SEREM ENTREGUES:

- ☐ Impresso ☐ CD
☐ Online / Email: _____

REQUISIÇÃO DE EXAMES

EXAMES RADIOGRÁFICOS INTRABUCAIS

Periapical

- ☐ Dentes assinalados
☐ Completo (14 radiografias)

Interproximal

- Pré-molares: ☐ Dir. ☐ Esq.
Molares ☐ Dir. ☐ Esq.

Oclusal

- ☐ Maxila
☐ Mandíbula

Métodos de Localização (Clark)

- ☐ Corpo estranho / raiz ☐ Patologia
☐ Dente incluso Região: _____

Dentes Permanentes

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

Dentes Decíduos

55	54	53	52	51	61	62	63	64	65
85	84	83	82	81	71	72	73	74	75

EXAMES RADIOGRÁFICOS EXTRABUCAIS

- ☐ Panorâmica
☐ Panorâmica + traçado p/ implante
☐ Interproximal Extraoral **NOVO!**
☐ Radiografia de ATM
☐ P.A. de mandíbula

- ☐ P.A. de seios da face
☐ Cavum (adenóides)
☐ Axial (Hirtz)
☐ Cefalométrica frontal
☐ Mão e punho (idade óssea)

- ☐ Cefalométrica Lateral (Telerradiografia Cefalométrica):
☐ USP ☐ LW-FOR
☐ UNICAMP ☐ Steiner
☐ USP / UNICAMP ☐ Profis
☐ McNamara ☐ Adenóides (Ricketts)
☐ Ricketts ()lateral ()frontal ☐ Rocabado
☐ Roth Jarabak ☐ Outra : _____

MODELOS E FOTOS

Modelos

- ☐ Simples*
☐ Polidos
*Não zocalados

Fotografias

- ☐ Intraorais
☐ Extraorais
☐ Oclusais

DOCUMENTAÇÃO

- ☐ Documentação sem modelo
Panorâmica | Telerradiografia | Fotografias

- ☐ Documentação com modelo
Panorâmica | Telerradiografia
Fotografias | Modelo

Se optou pela documentação impressa, deseja recebê-la em: ☐ Pasta papelão ☐ Pasta plástica

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE FEIXE CÔNICO | CONE BEAM | OP3D Pro (5 FOVs)

Formato de entrega do exame: ☐ Template ☐ Visualizador DICOM (Pendrive)

Região do exame: ☐ Maxila ☐ Total ☐ Parcial (região): _____
☐ Mandíbula ☐ Total ☐ Parcial (região): _____
☐ ATM
☐ Seios da face

Motivo do exame:

- ☐ Endodontia (Suspeita de fratura radicular) ☐ Cirurgia (Avaliação pré-operatória de dentes inclusos / terceiros molares)
☐ Endodontia (Anatomia dos canais radiculares) ☐ Patologia (Avaliação / acompanhamento de lesões patológicas)
☐ Implantodontia (Planejamento de implantes) ☐ Outro: _____

Dados clínicos relevantes, histórico do paciente:

ULTRASSONOGRRAFIA DA FACE **NOVO!**

- ☐ Lesão em tecido mole (região): _____
☐ Avaliação das glândulas salivares / sialolito
☐ Avaliação pre-operatória de bichectomia
☐ Outro: _____

RESSONÂNCIA MAGNÉTICA **NOVO!**

- ☐ Avaliação dos tecidos moles da ATM
☐ Lesão em tecido mole (região): _____
☐ Outro: _____

! Especificar o motivo do exame e a suspeita clínica é importante para guiar o radiologista na elaboração de um laudo mais preciso e responsivo. Todas as informações fornecidas são fundamentais para a seleção de um protocolo de aquisição de imagens adequado, que forneça um exame de qualidade para a tarefa de diagnóstico desejada e exponha o paciente à menor dose de radiação possível. Em caso de dúvidas, sinta-se sempre à vontade para entrar em contato com nossa equipe de Radiologia Odontológica via email odonto@neuroimagem.com.

PACIENTE: _____
MOTIVO DO EXAME: _____
TELEFONE: () _____ DATA: ____/____/____
EMAIL: _____
DR(a): _____

NOVO APARELHO: MAIOR PRECISÃO, SEGURANÇA E TECNOLOGIA EM IMAGEM.

- TOMÓGRAFO
- PANORÂMICO
- APARELHO EXTRABUCAL

- **5 FOVs**

Abrangência do exame mais adaptada à necessidade do paciente, reduzindo sua exposição.

KaVo OP 3D Pro

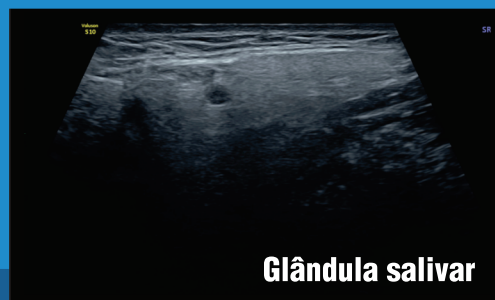


Scan eXam™ One SISTEMA AVANÇADO PARA LEITURA DE PLACAS DE FÓSFORO.

KAVO
Dental Excellence

TAMBÉM TEMOS:

ULTRASSONOGRAFIA DA FACE



RESSONÂNCIA MAGNÉTICA



EM BREVE:

SCANNER INTRAORAL

**NEURO
imagem**
RADIOLOGIA ODONTOLÓGICA

R. Cap. Arlindo Pachêco de
Albuquerque, 115 - São Miguel
Fixo e Whatsapp 87.3321 1111
www.neuroimagem.com
odonto@neuroimagem.com

/NEUROIMAGEMARCOVERDE

@NEUROIMAGEM