

Paciente	Nasc.	Data
Dentista	CRO	CARIMBO LEGÍVEL / ASSINATURA
E-mail	Cel.	
Endereço		

RAIOS X	EXTRA-ORAL	INTRA-ORAL
	<input type="checkbox"/> ATM (aberto e fechado) <input type="checkbox"/> Panorâmica <input type="radio"/> Com desenhos das estruturas anatômicas <input type="checkbox"/> Panorâmica com complementação <input type="checkbox"/> Teleradiografia de perfil <input type="checkbox"/> Teleradiografia de perfil com traçado (assinale abaixo) <input type="checkbox"/> Teleradiografia frontal	<input type="checkbox"/> Periapical completo <input type="checkbox"/> Periapical completo com Bite-Wings <input type="checkbox"/> Periapical Isolado _____ <input type="radio"/> Com técnica de Clark: _____ <input type="checkbox"/> Interproximais (Bite-Wings) <input type="checkbox"/> Oclusal Superior <input type="checkbox"/> Oclusal Inferior
	FORMAS DE ENVIO:	
	<input type="checkbox"/> Digital (E-mail / WhatsApp) <input type="checkbox"/> Impresso <input type="checkbox"/> Com laudo	

TRAÇADO	<input type="checkbox"/> USP <input type="checkbox"/> Profis <input type="checkbox"/> Bimler <input type="checkbox"/> Unicamp	<input type="checkbox"/> Steiner <input type="checkbox"/> Alexander <input type="checkbox"/> Schawarz <input type="checkbox"/> Downs	<input type="checkbox"/> Ricketts Lateral <input type="checkbox"/> Ricketts Frontal <input type="checkbox"/> McNamara <input type="checkbox"/> Tweed	<input type="checkbox"/> Jarabak <input type="checkbox"/> Análise de Adenóides <input type="checkbox"/> USP/Unicamp <input type="checkbox"/> Outros: _____
----------------	--	---	---	---

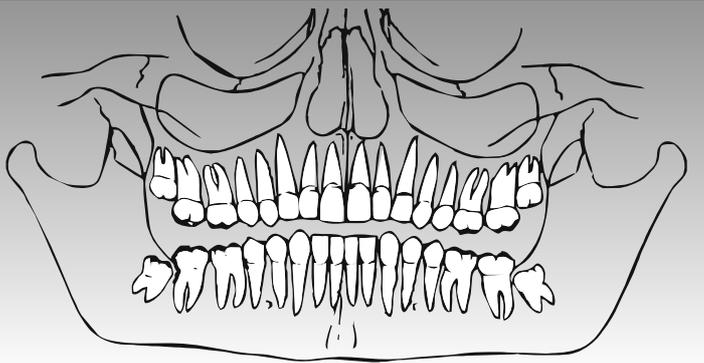
FOTOS	EXTRA ORAIS	INTRA ORAIS
	<input type="checkbox"/> Frente repouso <input type="checkbox"/> Frente sorrindo <input type="checkbox"/> Perfil direito <input type="checkbox"/> Perfil esquerdo	<input type="checkbox"/> Oclusão anterior <input type="checkbox"/> Oclusão direita <input type="checkbox"/> Oclusão esquerda <input type="checkbox"/> Vista oclusal superior <input type="checkbox"/> Vista oclusal inferior <input type="checkbox"/> Overjet <input type="checkbox"/> Ovebite

ESCANEAMENTO INTRA-ORAL	<input type="checkbox"/> Somente envio do arquivo STL <input type="checkbox"/> Arquivo STL + modelo impresso	PARA ALINHADORES ORTODÔNTICOS <input type="radio"/> InvisAlign <input type="radio"/> ClearCorrect <input type="radio"/> SmartAlign <input type="radio"/> OrthoAlign <input type="radio"/> Outros _____
--------------------------------	---	---

ACEITAMOS CONVÊNIOS (DIVERSOS)

- Convênio necessita de solicitação de exame em receituário próprio de dentista, **com carimbo, data e assinatura legíveis.**
- Os preços fornecidos por telefone, serão confirmados na recepção mediante a requisição.

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA CONE BEAM - Morita X800



ASSINALE AQUI A REGIÃO

FORMAS DE ENVIO

SOMENTE VOLUME

Visualização de volume
(CD / e-mail)

DICOM

Dental Slice

OVV (viewer MORITA)

SOMENTE VOLUME

Templates

Papel fotográfico
+ PDF (digital)

Filme 20x25
+ PDF (digital)

PDF (digital)

ENDODONTIA

FOV 4X4 - ALTA RESOLUÇÃO - 360°

Pesquisa de fraturas

Região: _____

Estudo de anatomia radicular

Região: _____

Estudo de lesões periapicais

Região: _____

Outros

Região: _____

INFORMAÇÕES CLÍNICAS

DOR: Sim Não

Estimulada

Espontânea

FÍSTULA: Sim Não

EDEMA: Sim Não

TEMPO DE TTO ENDODÔNTICO
(caso haja)

OUTRAS INFORMAÇÕES (HISTÓRICO)

IMPLANTE

Maxila

Mandíbula

Região (assinalar no desenho)

INFORMAÇÕES CLÍNICAS

Possui enxerto Sim Não

Exodontia recente Sim Não

Com guia Sem guia

OUTRAS INFORMAÇÕES

PERIODONTIA

Maxila

Mandíbula

Região (assinalar no desenho)

Análise periodontal

Envolvimento de furca

Outros _____

OUTROS

ATM

SEIOS DA FACE

EXODONTIA DO 3° MOLAR (assinalar no desenho)

LOCALIZAÇÃO DE DENTE INCLUSO (assinalar no desenho)

AVALIAÇÃO TRIDIMENSIONAL DE LESÕES / PATOLOGIA (assinalar no desenho)

OUTROS (descreva)

DICAS

- Quanto menor o FOV maior é a resolução
- A análise tomográfica (tridimensional), deve ser realizada nos cortes multiplanares (volume)
- Dê preferência a *softwares* nativos, visando uma melhor qualidade.
- Cortes transversais só servem para planejamento de implantes.

PACOTES DE PLANEJAMENTO DIGITAL

MAXILA

MANDÍBULA

ASSINALAR
NO DESENHO

IMPLANTE (CIR. GUIADA)

ESCANEAMENTO

TOMOGRAFIA

SORRISO

ESCANEAMENTO

FOTOS

CIR. PERIODONTAL

ESCANEAMENTO

FOTOS

TOMOGRAFIA

ENDO GUIDE

ESCANEAMENTO

TOMOGRAFIA