REQUISIÇÃO VÁLIDA PARA EXAMES PARTICULARES.

CAMPO LARGO
RADIOLOGIA ODONTOLÓGICA

Rua Xavier da Silva, 780 - Loja 04
Centro - 83601-010 - Campo Largo - PR
Site: www.rocl.com.br
*FAVOR LIGAR PARA MARCAR HORÁRIO
FONE: (41) 3032-4988 / 41 3032-4987

Paciente: _____

Fone: _____ Data de Nasc.: _____

Dr.(a): _____ Fone: _____

Email: _____ Data: _____

Assinatura/Carimbo _____ ◯ Favor enviar requisições

RADIOGRAFIAS EXTRA BUCAIS DIGITAIS

- ☐ Panorâmica com laudo
- ☐ Topo ☐ Oclusão
- ☐ Panorâmica sem laudo (entregue na hora)
- ☐ Traçado para implante
- ☐ ATM **digital** (bilateral em oclusão e máxima abertura)
- Telerradiografia digital de perfil: ☐ Sem cefalometria ☐ Com cefalometria
- Telerradiografia digital frontal: ☐ Sem cefalometria ☐ Com cefalometria
- ☐ Mão e punho (idade óssea)

FOTOGRAFIA

- ☐ Frente
- ☐ Perfil
- ☐ Intrabucais
- ☐ Sorrindo
- ☐ Oclusal superior
- ☐ Oclusal inferior

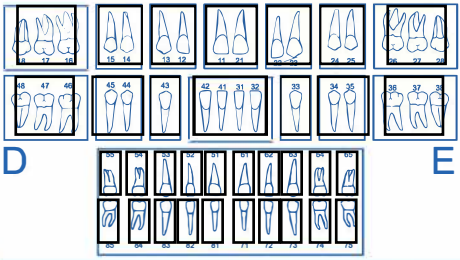
Traçado Computadorizado de: _____

ESCANEMANTO INTRAORAL

- ☐ Invisalign
- ☐ Outros

RADIOGRAFIAS INTRA BUCAIS DIGITAIS

- ☐ Levantamento periapical completo
- ☐ Periapical (assinalar a região a ser radiografada)



- Interproximal premolares: ☐ Direito ☐ Esquerdo
- Interproximal molares: ☐ Direito ☐ Esquerdo
- Oclusal: ☐ Superior ☐ Inferior
- ☐ Técnica de Clark da região de: _____

DOCUMENTAÇÕES (VER ORIENTAÇÕES NO VERSO)

- ◯ **Documentação 01** _____ **Panorâmica, telerradiografia, traçado cefalométrico, 6 fotos, modelos ortodônticos, pastas ortodôndicas c/ formulários e 2 periapicais.**
- ◯ **Documentação 02** _____ **Panorâmica, telerradiografia, traçado cefalométrico, 8 fotos, modelos ortodônticos, pastas ortodôndicas c/ formulários e 2 periapicais.**
- ◯ **Documentação 03** _____ **Panorâmica, telerradiografia, traçado cefalométrico, 8 fotos, modelos ortodônticos, pastas ortodôndicas c/ formulários, levantamento periapical**
- ◯ **Documentação digtal** _____ **Panorâmica, telerradiografia, traçado cefalométrico, 6 fotos (CD/internet)**

Vire

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA CONE BEAM

Motivo

☐ Implantodontia ☐ Endodontia ☐ Cirurgia ☐ Patologia

☐ Maxila Total
☐ Maxila Direita
☐ Maxila Esquerda

☐ Sup. posterior D

☐ Sup. anterior

☐ Sup. posterior E

☐ Mandíbula Total
☐ Mandíbula Direita
☐ Mandíbula Esquerda

☐ Inf. posterior D

☐ Inf. anterior

☐ Inf. posterior E

☐ Região unitária: _____

○ ATM
- ☐ Fechada
- ☐ Aberta
- ☐ Repouso

☐ Tomografia com guia cirurgica
☐ Guia Cirurgica
☐ Reconstrução 3D
☐ CD
☐ Dental slice

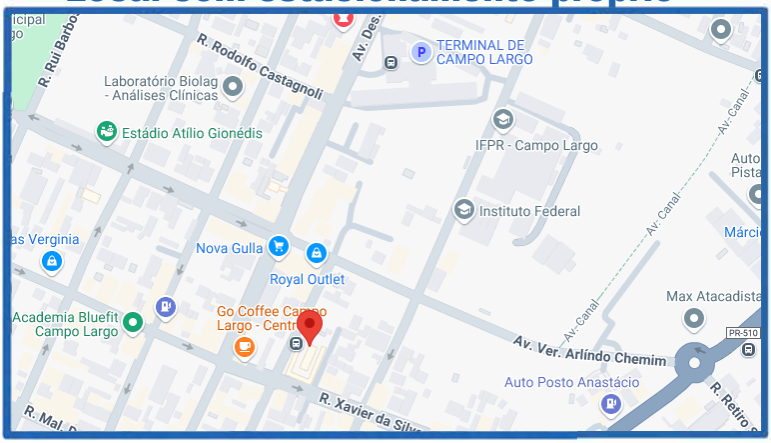
Informações adicionais:

_____

_____

_____

_____

Orientação ao paciente:
Agendar por telefone ou no local, horário para qualquer exame. Os valores dos exames informados por telefone serão aproximados e somente confirmados mediante apresentação do pedido de exames em nossa recepção.
Para exames de raio x, será necessário retirar itens metálicos na parte superior (piercings, brincos, correntes, presílias, óculos, etc.)

Local com estacionamento próprio