Rua Senador Dantas, 75 • Salas 2711 / 2712 / 2713 • Centro • RJ
Tels.: 2282-5033 // 2215-0049
email: laudoxradiologia@gmail.com // www.laudox.com.br

Requisição de Exame Radiográfico

Identificação

PACIENTE

Nome: _____

Nascimento: _____ Tel.: _____ Sexo: ❑ Feminino ❑ Masculino

REQUISITANTE

Nome: _____ email: _____

Endereço: _____

CRO: _____ Tel.: _____

_____
Carimbo e Assinatura

Exames radiográficos

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

❑ Periapical Completo ❑ paralelismo
❑ Periapical Isolado (marcar acima)
❑ Interproximais ❑ Direita ❑ Esquerda ❑ PM e Molares
❑ Panorâmica ❑ Simples ❑ Para Implante (25%)
❑ Panorâmica com complementação
❑ Cefalométrica ❑ Perfil ❑ Em P. A. ❑ a 45% ❑ D ❑ E
❑ Punho e Mão - Finalidade Ortodôntica
❑ Oclusal Ortogonal Inferior
❑ Oclusal Oblíqua ❑ Superior ❑ Inferior
❑ ATM

Finalidade do exame, histórico clínico e observações:

_____

_____

Traçados Cefalométricos Computadorizados

❑ Steiner ❑ MacNamara ❑ Bimler
❑ Tweed ❑ Ricketts ❑ Downs
❑ USP ❑ UNICAMP ❑ Jaraback
❑ Schwarz ❑ Profis ❑ Trevisi
❑ Delmanto ❑ Outros _____

Modelos

❑ Zocalados ❑ Com Polimento
❑ De Trabalho ❑ Sem Polimento

Fotos

❑ Frente ❑ Oclusão Direita
❑ Frente Sorrindo ❑ Oclusão Esquerda
❑ Perfil Direito ❑ Oclusal Superior
❑ Perfil Esquerdo ❑ Oclusal Inferior
❑ Oclusão Anterior ❑ Overjet

Formato de Entrega do Exame

❑ Em Pasta ❑ Em CD

Tomografia Computadorizada CONE BEAM (i-CAT®)

Planejamento de Implantes:

❑ Maxila Completa
❑ Mandíbula Completa
❑ Regiões Assinaladas ao Lado

Diagnóstico de ATM:

❑ Perfil Visão Lateral
❑ PA Visão Frontal
❑ Pesquisa de Fratura / Patologia

❑ Boca Fechada
❑ Boca Aberta
❑ Boca Fechada e Aberta

Periodontia

❑ Avaliação de Perda Óssea Alveolar (assinalar)
❑ Envolvimento de Furca (assinalar)
❑ Avaliação de Envolvimento Endoperiodontal

Ortodontia / Odontopediatria

❑ Avaliação de Tábuas Ósseas Vestibulares e Linguais
❑ Avaliação Intercuspidação Dentária-Chave de Oclusão
❑ Medição dos Diâmetros Mésio-Distais de Caninos e Prémolares

Endodontia

❑ Pesquisa de Fratura Dentária (assinalar)
❑ Pesquisa de Perfuração Radicular (assinalar)

Cirurgia

❑ Dente Incluso e/ou Supranumerário (assinalar abaixo)
❑ Pesquisa de Fratura Óssea - Região_____
❑ Terceiros Molares (assinalar abaixo)

❑ Relação com o Canal Mandibular
❑ Relação com o Seio Maxilar

Finalidade do exame, histórico clínico e observações:

_____

_____

_____

_____

_____

Formato de Entrega do Exame

Impresso:
❑ Filme Radiográfico
❑ Papel Fotográfico

CD:
❑ I-CAT Vision
❑ Dental Slice

Os preços fornecidos pelo telefone serão confirmados na recepção.