

RT Dra. Ana Paula Mazzoni CRO-MG 24227

e-mail: odontocena@yahoo.com.br / www.odontocena.com.br

Barbacena-MG

Rua São Leonardo, 289 Lojas 02 e 03 - Centro / Telefones: 3332-3438 e 98425-9155

Paciente: _____ D.N. ____/____/____

e-mail: _____ Tel: _____

Dr(a): _____ Tel: _____ Data: _____

e-mail: _____

Horário de Atendimento

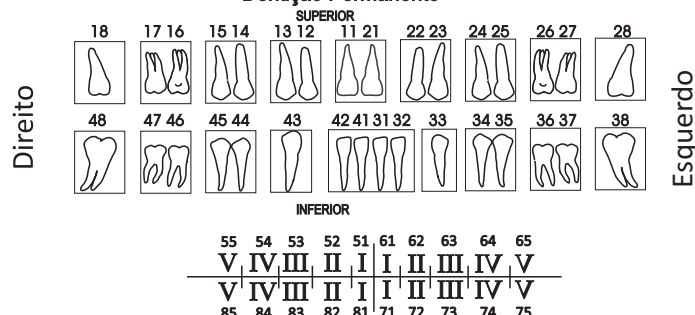
2° a 6° feira, das 8h às 18h

☐ Enviar Bloco de Pedido

SOLICITAÇÃO DE EXAMES

☐ PERIAPICAL ☐ Laudo

Dentição Permanente



- ☐ Todos os dentes irrompidos ou não (14 periapicais)
- ☐ Dente(s) ou Região assinalados acima
- ☐ Milimetrada
- ☐ Téc de CLARK (3 periapicais)

☐ INTERPROXIMAL (Bite Wing) ☐ Laudo

- ☐ Pré-molares ☐ Molares ☐ D ☐ E

☐ OCLUSAL ☐ Laudo

- ☐ Maxila ☐ Mandibula ☐ Total
- ☐ Parcial Região _____

☐ ATM ☐ Laudo

- ☐ Boca Aberta ☐ Boca Fechada ☐ D ☐ E

☐ CARPAL (MÃO E PUNHO)

- ☐ Curva de crescimento ☐ Idade Óssea Computadorizada

☐ MODELO DE ESTUDO ☐ MODELO DE TRABALHO

- ☐ Análise de modelo ☐ Fotocópia do modelo

FORMA DE ENTREGA

- ☐ Enviar apenas em CD
- ☐ Enviar por e-mail.
- ☐ Impresso em filme
- ☐ Entregar para o paciente
- ☐ Entregar no consultório

☐ PANORÂMICA ☐ Laudo

- ☐ Boca semi-aberta ☐ Em oclusão ☐ Milimetrada
- ☐ Com traçado para implante (computadorizada)
- ☐ Baixa Dose ☐ Aprimorada

☐ TELERRADIOGRAFIA DE PERFIL

- ☐ Com Traçado ☐ Sem Traçado

☐ TRAÇADO

- ☐ Adenóide ☐ Lavernge-Petrovick ☐ Tip. Edge
- ☐ Alexander ☐ Mc Namara ☐ Tip. Ortodontics
- ☐ Apnéia-do-Sono ☐ Profis ☐ Trevisi
- ☐ Bimler ☐ Ricketts ☐ Tweed
- ☐ Delmanto ☐ Rocabado ☐ Unicamp
- ☐ Downs ☐ Sassouni ☐ Univ. Washington
- ☐ Epker e Fish ☐ Schwars ☐ USP
- ☐ Erupção 3° Molar ☐ Steiner ☐ USP/Unicamp/Simplif
- ☐ Frontal de Ricketts ☐ Steiner-Tweed ☐ Wylie
- ☐ Jaraback ☐ _____

☐ TELERRADIOGRAFIA FRONTAL

- ☐ PA ☐ AP

☐ SEIOS DA FACE ☐ LAUDO

☐ FOTOGRAFIA

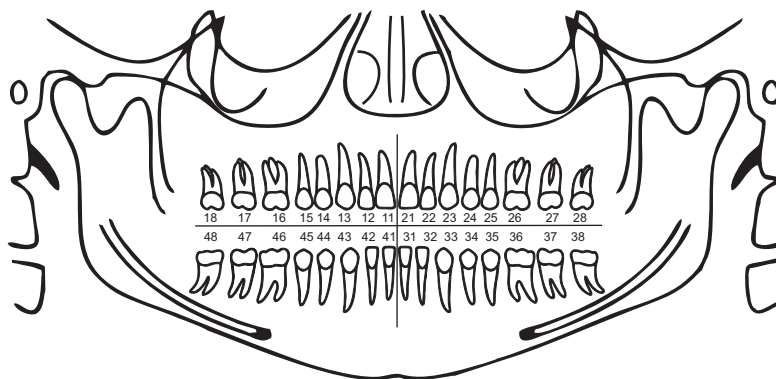
- Extra-bucal ☐ Frente ☐ Perfil ☐ D ☐ E ☐ Em close
- ☐ Sorriso frente ☐ Sorriso 45°
- Intra-bucal ☐ Frente ☐ Lat. Direita ☐ Lat. esquerda
- ☐ Oclusal Sup. ☐ Oclusal Inf. ☐ Overjet
- Harmonização facial ☐ Foto bico ☐ Foto susto
- ☐ Foto bravo(a)

- ☐ Documentação Ortodôntica em CD (Radiodoc)
- ☐ Documentação Ortodôntica completa (Tele com 03 traçados, panorâmica, 08 ou 09 fotos, fichas clínicas, modelos de estudo, pasta)
- ☐ Documentação Ortodôntica Simplificada (Tele com 1 ou 2 traçados, panorâmica, 06 fotos, modelos de estudo, fichas clínicas, pasta)
- ☐ Documentação Ortodôntica Simples (Tele com 1 ou 2 traçados, panorâmica, 3 fotos, modelos de estudo, fichas clínicas, pasta)

Obs.: Favor indicar o tipo de panorâmica e o traçado

FAVOR MARCAR HORÁRIO PARA DOCUMENTAÇÃO ODONTOLÓGICA

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA



Implantodontia:

- | | |
|---|---|
| ☐ Volume 1 (1 a 2 elementos) | ☐ Volume 4 (Maxila ou Mandíbula) |
| ☐ Volume 2 (3 a 4 elementos) | ☐ Volume 5 (3 Hemi arcos) |
| ☐ Volume 3 (1 Hemi-arcada) | ☐ Volume 6 (Maxila e Mandíbula) |

Ortodontia:

- ☐ Avaliação das corticais vestibulares e linguais
- ☐ Localização de dente não irrompido ou supranumerário
- ☐ Pesquisa de patologia / lesões / fraturas ósseas
- ☐ Terceiros molares
- ☐ Outra região:
Assim odontograma (se possível, enviar rx periapical)

Prototipagem:

- ☐ Prototipagem Região: _____
- ☐ Guia Cirúrgico Região: _____

ATM:

- ☐ Boca Aberta
- ☐ Boca Fechada
- ☐ Boca em repouso

Endodontia: Dente(s)

- ☐ Pesquisa de fratura dentária/radicular
- ☐ Pesquisa de perfuração/trepanação radicular
- ☐ Pesquisa de reabsorção interna/externa/apical
- ☐ Pesquisa de presença de corpo estranho
(se possível, enviar rx periapical)

Cirurgia:

- ☐ Localização de dente retido ou supranumerário
- ☐ Pesquisa de patologia/lesão/fratura óssea
- ☐ Terceiros molares
- ☐ Seios da face/Paranasais
- ☐ Outra região:
Assinalar odontograma (se possível, enviar rx periapical)

Periodontia:

- ☐ Avaliação de perda óssea alveolar
- ☐ Avaliação de envolvimento endoperiodontal
- ☐ Avaliação da região de furca radicular
- ☐ Dente/Região:

Forma de Impressão:

- | | |
|--|---------------------------------|
| ☐ Papel Fotográfico | ☐ Volume |
| ☐ Película | |
| ☐ CD | |

Dados Complementares:

Motivo da Solicitação/Suspeita de: _____

Convênios:

Rede São Francisco
Interodonto

IPSM (Polícia e Bombeiros)
Copass Saúde (Copasa)
Rede Unna (Odontoprev)

Recomendações:

- Remover: brincos, piercings, cordões, aparelhos removíveis, próteses removíveis, e o arco do aparelho fixo.
- Se houver moldagem na requisição favor fazer jejum de 2 horas.
- Comunicar ao técnico caso haja suspeita de gravidez.
* Os valores dos exames informados pelo telefone não são precisos, estando sujeitos a confirmação em nossa recepção.

Aprendiz

Jaime do Rego Macedo

Norma Stefani

Rua São Leonardo

OdontoCena