

Rua Anchieta, 355 - Centro - Jundiaí - SP

**RECOMENDAÇÕES AO PACIENTE**

Para seu maior conforto, favor agendar um horário.
 Para documentações jejum de 2 horas.
 Retirar brincos, correntes, piercings e outros adornos dos cabelos, orelhas e face.

HORÁRIO DE ATENDIMENTO:

SEGUNDA A SEXTA DAS 8:00h às 18:00h
 SÁBADO DAS 8:00 às 12:00h

e-mail: speedx@speedx.com.br

**Diagnósticos Odontológicos Precisos**

Dir. Técnica
 Dra. Silvana Mussi
 CRO SP 46382
 CD Radiologista

Hora Marcada

Data: ____ / ____ / ____
 Hora: ____

O VALOR DO EXAME SÓ SERÁ CONFIRMADO MEDIANTE A APRESENTAÇÃO DA REQUISIÇÃO

Solicitação de Exames

☐ Entregar no Consultório ☐ Entregar ao Paciente

☐ Enviar Requisições

Nº

PACIENTE

Nome: _____

Telefone: _____

Data de Nascimento: ____ / ____ / ____

End.: _____

DENTISTA

Dr(a) _____

End.: _____

Telefone: _____ CRO _____

E-mail: _____

**Rua Anchieta, 355 - Centro
 Jundiaí - SP**

Estacionamento p/ clientes no local

Central de agendamento (11) 4587-4222 / 3395-8222

OBSERVAÇÕES / SUGESTÕES:**ENTREGA:**

DATA DE SAÍDA: ____ / ____ / ____

DATA DE ENTREGA: ____ / ____ / ____

NOME LEGÍVEL: _____

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA VOLUMÉTRICA CONE BEAM I-CAT

ESPECIALIDADE

- | | | | |
|--|--------------------------------------|--|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Implante | <input type="checkbox"/> Cirurgia | <input type="checkbox"/> Ortodontia | <input type="checkbox"/> Prótese |
| <input type="checkbox"/> Endodontia | <input type="checkbox"/> Periodontia | <input type="checkbox"/> Patologia | <input type="checkbox"/> Dentística |
| <input type="checkbox"/> Odontopediatria | <input type="checkbox"/> DTM | <input type="checkbox"/> Ortopedia Funcional dos Maxilares | |

☐ TRU PAN (Panorâmica Tomográfica 1:1)

☐ Tomografia Maxila

☐ Tomografia Mandíbula

☐ Tomografia Maxila e Mandíbula

☐ Tomografia Região _____

☐ Tomografia de ATM

☐ Tomografia de Zigomático

☐ Vias Aéreas e Seios Paranasais

☐ _____

MOTIVO DO EXAME

ESPECIFICAR ÁREA

D

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

 E

☐ CD - I-CAT VISION ☐ CD - DENTAL SLICE ☐ CD - DICOM

RADIOLOGIA

☐ Personalizada: _____

DOCUMENTAÇÕES

☐ Ortodôntica : Panorâmica, telerradiografia com 02 traçados cefalométricos, 02 periapicais, modelos ortodônticos, fotos intra e extra -buciais e CD.

☐ Ortopédica : Panorâmica, telerradiografia com 02 traçados cefalométricos, mão e punho, 02 periapicais, modelos ortodônticos, modelos de estudo, fotos intra e extra-buciais e CD.

ANÁLISES CEFALOMÉTRICAS COMPUTADORIZADAS

- | | | |
|--|-----------------------------------|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Adenóides | <input type="checkbox"/> McNamara | <input type="checkbox"/> Tweed |
| <input type="checkbox"/> Apnéia do Sono | <input type="checkbox"/> Petrovic | <input type="checkbox"/> Unicamp |
| <input type="checkbox"/> Bimler | <input type="checkbox"/> Ricketts | <input type="checkbox"/> Usp |
| <input type="checkbox"/> Bjork – Jarabak | <input type="checkbox"/> Rocabado | <input type="checkbox"/> Usp -Unicamp |
| <input type="checkbox"/> Jarabak | <input type="checkbox"/> Steiner | <input type="checkbox"/> _____ |

☐ Análise Facial

☐ Vista Lateral

☐ Vista Frontal

☐ Bolton

☐ Análise de Modelo

☐ Dentição Permanente

☐ Dentição Mista

☐ Extra-Orais

☐ Frontal

☐ Perfil 45°

☐ Sorriso

☐ Naso Labial

☐ Perfil

☐ Intra-Orais

☐ Intra-Oral Frontal

☐ Oclusal Superior

☐ Intra-Oral Direita

☐ Oclusal Inferior

☐ Intra-Oral Esquerda

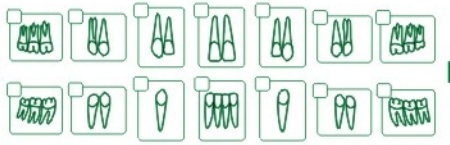

☐ Over-Jet

FOTOS

EXTRA-BUCAIS

- ☐ Rx Panorâmico c/ laudo
- ☐ Rx Panorâmico s/ laudo
- ☐ Rx Panorâmico p / implante c/ traçado
- ☐ Rx Panorâmico p / implante s/ traçado
- ☐ PA Frontal ☐ PA Frontal c/ traçado
- ☐ Carpal (mão e punho)
- ☐ Telerradiografia de perfil
- ☐ Telerradiografia de perfil com traçado
- ☐ ATM Transfacial
- ☐ ATM Transfacial + Frontal

INTRA-BUCAIS

- ☐ Periapicais Boca Toda
- ☐ Periapicais 
- ☐ Interproximais 
- ☐ Oclusais

<input type="checkbox"/> Maxila	<input type="checkbox"/> Mandíbula
<input type="checkbox"/> Total	<input type="checkbox"/> Total
<input type="checkbox"/> Parcial LD <input type="checkbox"/> Parcial LE	<input type="checkbox"/> Parcial LD <input type="checkbox"/> Parcial LE

☐ Técnica de localização de Clark

Região: _____

Obs: _____

MODELOS

- ☐ Ortodôntico
- ☐ Trabalho / Estudo