

# REQUISIÇÃO DE EXAMES

Nome: \_\_\_\_\_

Dentista: \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_

## RADIOGRAFIAS INTRABUCAIS

### PERIAPICAIS

- ☐ Dente \_\_\_\_\_
- ☐ Periapical Boca Completa
- ☐ Técnica de Clark

### INTERPROXIMAIS

- ☐ Pré-Molares Direitos
- ☐ Molares Direitos
- ☐ Pré-Molares Esquerdos
- ☐ Molares Esquerdos
- ☐ Dentes Anteriores



## RADIOGRAFIAS INTRABUCAIS

- ☐ **Panorâmica 1:1**
- ☐ Panorâmica (traçado p/ implantes)
- ☐ Carpal (avaliação idade óssea)
- ☐ Panorâmica de ATM
- ☐ Telerradiografia Lateral
- ☐ Telerradiografia Frontal

### Análise Cefalométrica

- |   |                                   |
|---|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Valieri        | <input type="checkbox"/> Bimler   |
| <input type="checkbox"/> USP/UNICAMP    | <input type="checkbox"/> Profis   |
| <input type="checkbox"/> Rickets        | <input type="checkbox"/> USP      |
| <input type="checkbox"/> Trevisi        | <input type="checkbox"/> Jarabak  |
| <input type="checkbox"/> Análise Facial | <input type="checkbox"/> McNamara |
- Outra Análise: \_\_\_\_\_

## Documentações Ortodônticas

- ☐ Radiografia panorâmica, telerradiografia com traçados e 8 fotos.
- ☐ Radiografia panorâmica, telerradiografia com traçados, 8 fotos e modelos em gesso.
- ☐ Radiografia panorâmica, telerradiografia com traçados, 8 fotos e escaneamento intraoral.
- ☐ Documentação Impressa      ☐ Documentação Digital

## Escaneamento / Modelos / Fotografias

Tipo de alinhador ortodôntico: \_\_\_\_\_

E-mail: \_\_\_\_\_

- ☐ Modelos de filamento
- ☐ Fotos Extrabuciais    ☐ Fotos Intrabuciais



**APONTE A CÂMERA DO CELULAR PARA O QR CODE  
E AGENDE SEU HORÁRIO**



**(67) 99276-7508**



**(67) 3028-2890**

## TOMOGRAFIA DE ALTA RESOLUÇÃO

Para um estudo mais assertivo do exame, preencha todos os campos abaixo:

### GRANDE VOLUME

☐ Face total

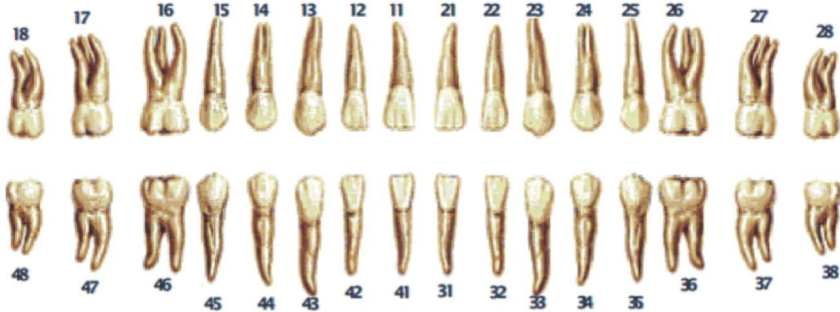
### MÉDIO VOLUME - ARCO TOTAL

☐ Maxila ☐ Mandíbula ☐ ATM

### PEQUENO VOLUME - REGIÃO

☐ Região específica

Assinale os dentes de interesse



### QUEIXA PRINCIPAL / HISTÓRICO / OBSERVAÇÕES

### MOTIVO DO EXAME / DÚVIDA DIAGNÓSTICA

☐ Planejamento para implantes

☐ Avaliação dos seios maxilares

☐ Avaliação endodôntica

☐ Avaliação periodontal

☐ Pesquisa de fratura radicular

☐ Avaliação ATMs ☐ Aberta ☐ Fechada

☐ Localização de dente incluso

☐ Cirurgia ortognática

☐ Avaliação patológica

☐ Cirurgia guiada

☐ Avaliação ortodôntica (face estendida)

☐ Outro \_\_\_\_\_

### ACESSO ÀS IMAGENS

☐ Acesso pelo site ☐ Impressão em filme

### SOFTWARE

☐ One Volume Viewer (Morita)

☐ E-mail \_\_\_\_\_

☐ Anexar DICOM

MAIORES INFORMAÇÕES NO SITE [www.digitalxms.com.br](http://www.digitalxms.com.br)



Imagens Odontológicas

Rua 13 de Junho, 499 - Centro

Campo Grande - MS

CEP 79002-430 - Fone: 67 3028-2890

AGENDE SEU PEDIDO  67 99276-7508



Acesse pelo Google Maps



Av. Afonso Pena \_\_\_\_\_