

DIAGNÓSTICO POR IMAGEM DIGITAL 3D



ORAL X

IMAGEM ODONTOLÓGICA

REQUISIÇÃO DE EXAME RADIOLÓGICO

PACIENTE:

Nome _____

Data Nascimento ____ / ____ / ____ Tel. (____) _____ Sexo Masc Femin

SOLICITANTE:

Nome _____ CRO _____

E-mail _____ Tel. (____) _____

Finalidade do exame _____

Tomografia Computadorizada Cone-Beam (CS 3D Viewer)

Planejamento de Implantes Maxila Total Mandíbula Total

<input type="checkbox"/> Seleção Individual	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

Periodontia Avaliação de Perda Óssea Alveolar (Assinalar) Envolvimento de Furca (Assinalar) Avaliação de Envolvimento Periodontal

<input type="checkbox"/> Seleção Individual	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

Endodontia Pesquisa de Fratura Dentária (Assinalar) Pesquisa de Perfuração Radicular (Assinalar)

<input type="checkbox"/> Seleção Individual	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

Diagnóstico da ATM Perfil Visão Lateral Pesquisa de Fratura / Patologia Boca Aberta Boca Aberta e Fechada
 Dir. Esq. Outro _____ } Boca Fechada**Ortodontia** Avaliação de Tábuas Ósseas Vestibulares e Linguais Avaliação de Intercuspidação Medição de Diâmetros Mesio-Distais de Caninos e PM
 Outro _____**Cirurgia** Dente Incluso e/ou Supranumerário nº _____ Pesquisa de Fratura Óssea
 Relação com o Canal Mandibular Relação com o Seio Maxilar Região _____
 Outro _____ Terceiro Molar Região _____

Exames Radiográficos Extrabucais

Panorâmica Digital Topo Oclusão Traçado para Implante (Região _____)
 A.T.M. (Norma Lateral) - Boca aberta e Máxima Intercuspidação**Cefalométrica Digital** Tefrontal Teleperfil P.A. de Mandíbula P.A. de Seio Maxilar Com Traçado Anatômico
 Sem Traçado Anatômico 45 ° Towne Hirtz Direita Esquerda Frontal

Traçados Cefalométricos Computadorizados

- Adenóide (via nasofaríngea) MacNamara Sassouni Bimler Ortognática Schwarz Downs Tweed
 Perfil Tecidos Moles I.B.E.O. Jarabak Lavergne / Petrovic Previsao 3º molar Profis Ricketts UNICAMP
 USP Outros _____

Exames Radiográficos Intrabucais

Periapicais (Paralelismo)

- Arcos Dentários (Boca toda) Dentes Assinalados Pesquisa de Fratura (Clark)

Avaliação ou suspeita:	18	17	16	55	54	53	52	51	61	62	63	64	65				
	48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	25	26	27	28	
				85	84	83	82	81	71	72	73	74	75				

Interproximais (Bite-Wing)

- Molar Pré-Molar **Oclusais** Mandíbula Maxila
- Direita Direita Total Total
- Esquerda Esquerda Parcial _____ Parcial _____

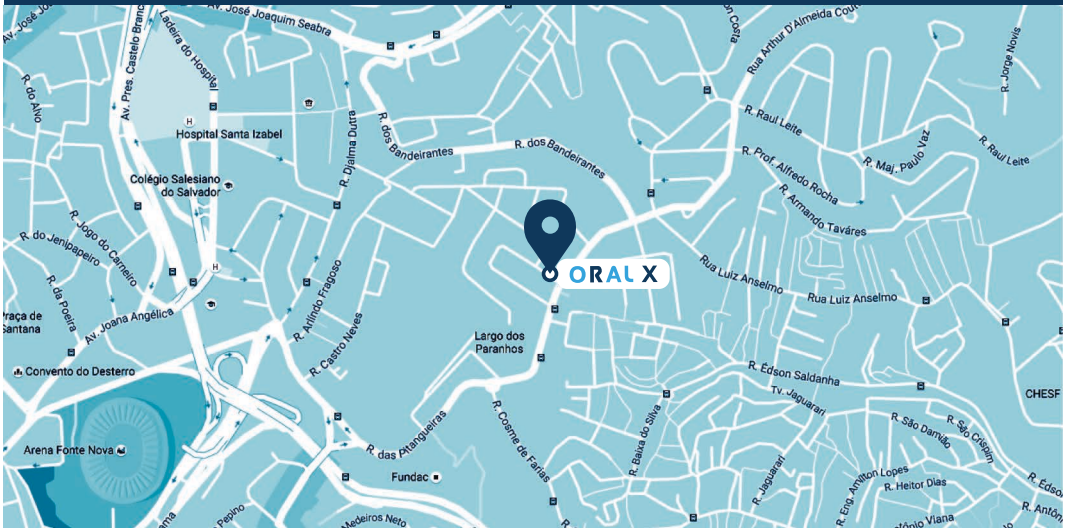
Método de Entrega do Exame Radiológico

- E-mail Película Radiográfica Servidor Remoto (Dropbox / iCloud / Google Drive) DICOM para Prototipagem
- CD / DVD (CS 3D Viewer - Dicom) Outro _____

Observações

Carimbo e Assinatura

Mapa de Localização



Rua Dr. Otaviano Pimenta, 41, sala 04 - Matatu. Salvador - Bahia - CEP 40.255-380

Tels.: (71) 3036.2187 • (71) 3012.6419 • 9.8791-9353 • atendimento@oralximagens.com.br • www.oralximagens.com.br



Rua Dr. Otaviano Pimenta, 41, sala 04 - Matatu - Salvador - Bahia - CEP 40255.380
Tels.: (71) 3036-2187 • (71) 3012.6419 • (71) 98791.9353 • oralx@oralximagens.com

www.oralximagens.com