



Diagnóstica

Centro de Radiodiagnóstico
Odontológico

47 3348 6307

● Enviar mais blocos de pedido de exame

Resultado

- Impresso
- Site (www.clinicadiagnostica.com.br)
- CD
- E-mail: _____

Dados do paciente

Nome: _____

Fone: _____ Data Nasc.: _____

Dr(a): _____ Fone.: _____

Data: _____ Assinatura _____

Entrega de exames: No consultório Para o paciente

Finalidade do exame

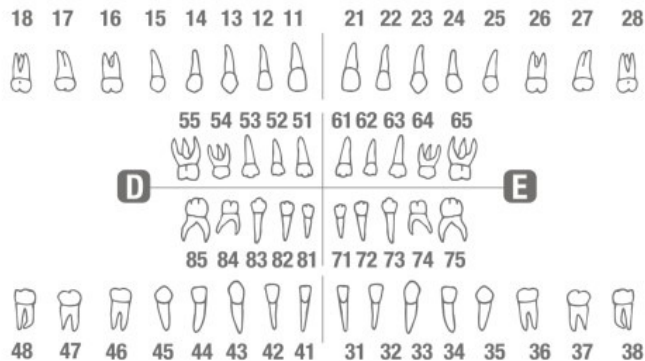
Radiografias intrabucais

1. Periapical:

- Bissetriz Todos os dentes
- Paralelismo Dentes assinalados

2. Interproximais:

- Pré Molares
 - Direito Esquerdo
- Molares
 - Direito Esquerdo



3. Oclusal:

- | | | | |
|--------|---|-----------|---|
| Maxila | <input type="checkbox"/> Total | Mandíbula | <input type="checkbox"/> Total |
| | <input type="checkbox"/> Anterior | | <input type="checkbox"/> Anterior |
| | <input type="checkbox"/> Hemi-Arco <input type="checkbox"/> Direito <input type="checkbox"/> Esquerdo | | <input type="checkbox"/> Hemi-Arco <input type="checkbox"/> Direito <input type="checkbox"/> Esquerdo |

4. Técnica de localização (dissociação radiográfica):

Região: _____ Motivo: _____

Radiografias extrabucais

- 1. Panorâmica convencional
- 2. Panorâmica com traçado para implantes

Região: _____

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> 3. ATM | <input type="checkbox"/> 5. Mão e punho | <input type="checkbox"/> 10. Outras: _____ |
| <input type="checkbox"/> 4. Telerradiografia <input type="checkbox"/> Com cefalograma | <input type="checkbox"/> 6. Walters-Waldron | _____ |
| <input type="checkbox"/> Perfil | <input type="checkbox"/> 7. Mento-naso | _____ |
| <input type="checkbox"/> Frontal | <input type="checkbox"/> 8. Fronto-naso | _____ |
| <input type="checkbox"/> 45° <input type="checkbox"/> Direito <input type="checkbox"/> Esquerdo | <input type="checkbox"/> 9. Axial de Hirtz | _____ |

Documentação

- Doc I: Panorâmica, telerradiografia com traçado, 3 fotografias extrabucais, modelos e pasta.
- Doc II: Panorâmica, telerradiografia com traçado, 6 fotografias (3 extrabucais e 3 intrabucais), 2 radiografias periapicais, modelos e pasta.
- Doc III: Panorâmica, telerradiografia com traçado, 8 fotografias (3 extrabucais e 5 intrabucais), 2 ou 4 radiografias interproximais, 2 radiografias periapicais, modelos e pasta.
- Personalizada: _____

Análises cefalométricas

- USP
- Ricketts
- Adenóides
- Outros: _____
- Profis
- Steiner
- Petrovic
- Mc Namara
- Tweed
- USP/UNICAMP
- Bimler
- Jarabak
- S. Valieri
- Downs
- Ricketts Frontal

Fotografias

Extrabucais

- Frente
- Frente sorrindo
- Perfil
- Perfil sorrindo
- Perfil Inferior
- Close do sorriso
- 45°

Intrabucais

- Frente
- Laterais (direita e esquerda)
- Oclusal (superior e inferior)
- Overjet
- Overbite

Modelos

- Ortodôntico
- Trabalho

Tomografia computadorizada tridimensional (Cone Beam)

Finalidade do exame:

- Dente incluso
- Supranumerário
- Reabsorção radicular
- Fratura dental
- Implante
- Corpo estranho
- Seios maxilares
- Seios paranasais
- Fratura óssea
- ATM
- Arcos zigomáticos
- Área patológica região: _____

Observações clínicas: _____

Resultado

- Impressão
- Filme
- Papel Fotográfico
- Internet
- Site
- Via email
- Dental Slice
- CD

Email: _____

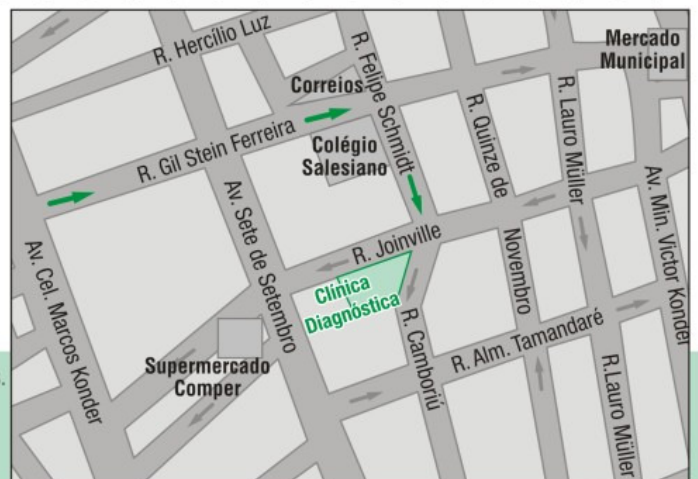
Prototipagem

- Entrar em contato com a clínica

Região

- Maxila total
- Mandíbula total
- Crânio total
- Parcial (assinale a região)

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



Para realização das documentações e moldagens recomendamos jejum de 3 horas.

Clínica Diagnóstica
Rua Camboriú 26 | sala 04 | Vértice Business Center | Itajaí | SC
E-mail: diagnostica@milnegocios.com.br