

Paciente: _____ Data: ____/____/____

Exame: _____



Rua Cândido Lopes, 205 - Ed. Brasiliano Moura - 4º Andar - Conj. 41 - CEP 80020-060 - Centro - Curitiba - PR
Fone: (41) **3324-2847**
RADIOLOGISTA RESPONSÁVEL
Dra. Ivonete B. Haagsma

Paciente: _____

Indicação Dr.(a): _____ Fone: _____

RADIOGRAFIAS INTRA-BUCAIS

- PERIAPICAIS: Levantamento Completo
 Dentes Assinalados

			V	IV	III	II	I	I	II	III	IV	V			
8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8
D															E
8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8
			V	IV	III	II	I	I	II	III	IV	V			

- INTERPROXIMAIS (Bite wing):
 Molares D E
 Pré-molares D E
 Anteriores

- OCLUSAIS:
 Maxilar Anterior
 Mandibular Posterior

RADIOGRAFIAS EXTRA-BUCAIS

- PANORÂMICA: Normal Fotos Digitais (4)
 Em Oclusão
 Para Implante
- TELERRADIOGRAFIA:
 Perfil Sem Traçado
 Com Traçado (marcar no verso)
 Pósterio-Anterior

ATM: Lateral de ATM

MÃO E PUNHO IDADE ÓSSEA

- Modelos Estudo
 Modelos Trabalho

- Fotos Intra-bucais Frontal Frente
 Lateral Perfil
 Oclusais Fotos Extra-bucais Sorrindo

- Documentação Ortodôntica Digital**
 Radiografia Panorâmica, Telerradiografia c/ traçado e análise cefalométrica,
 Fotos (3) Extra-bucais, (3) Intra-bucais, Modelos, Pasta e Fichas.
- Documentação Ortodôntica Básica**
 Radiografia Panorâmica, Telerradiografia c/ traçado e análise cefalométrica,
 Fotos (5) : (2) Extra-bucais (3) Intra-bucais, Modelos, Pasta e Fichas.
- Documentação Ortodôntica Completa**
 Radiografia Panorâmica, Telerradiografia c/ traçado e análise cefalométrica,
 Fotos (8) : (3) Extra-bucais (5) Intra-bucais, Rx Periapicais : (2) Anteriores,
 Modelos, Pasta, Fichas,
 Slides Sem Slides

FAVOR MARCAR HORÁRIO

ANÁLISES CEFALOMÉTRICAS >>

- Padrão USP Ricketts Steiner
 Padrão Profis Bimler
 Mc Namara Outros

Observações: _____

- Mandar em CD
 Mandar em disquete
 Radiogr. urgente (SEM LAUDO)
 Favor enviar requisições
HORÁRIO: Seg. à Sex. 8:30 - 18:30

Data ____/____/____

Carimbo e Assinatura

