

REQUISICÃO DE EXAMES RADIOGRÁFICOS, DOCUMENTAÇÕES E TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA CONE BEAM

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE:

NOME: _____

NASCIMENTO: ____/____/____ SEXO: M F TELEFONE: () _____ CELULAR: () _____

REQUISITANTE:

DR (a): _____

CRO-RJ: _____ e-mail: _____

END: _____

BAIRRO: _____ TELEFONE: () _____ CELULAR: () _____

CARIMBO E ASSINATURA Dr(a)

() COM LAUDO () SEM LAUDO - Entrega em 15 minutos após o término do exame (exceto Documentações, Traçados e Tomografias Computadorizadas)

EXAMES RADIOGRÁFICOS:

- PERIAPICAL ISOLADO - ASSINALAR ABAIXO
- PERIAPICAL COMPLETO COM INTERPROXIMAIS (BITE-WINGS)
- PERIAPICAL COMPLETO
- INTERPROXIMAIS DIREITA ESQUERDA
- OCLUSAL SUPERIOR OBLÍQUA - VISÃO TOPOGRÁFICA
- INFERIOR ORTOGONAL - LOCALIZAÇÃO V-L
- PANORÂMICA
- PANORÂMICA COM COMPLEMENTAÇÃO (INCISIVOS E BITE-WINGS)
- CEFALOMÉTRICA DE PERFIL
- CEFALOMÉTRICA EM PA
- CEFALOMÉTRICA 45° DIREITA ESQUERDA
- PUNHO E MÃO - FINALIDADE ORTODONTICA - IDADE ÓSSEA
- PA PARA SEIOS MAXILARES - MENTO NASO
- SUBMENTO-VÉRTIX (HIRTZ) - VISÃO ARCO ZIGOMÁTICO
- ATM - SERIOGRAFIA (BOCA FECHADA, REPOUSO E ABERTA)
- OUTROS _____

- Paralelismo
- Grade Milimetrada

ANÁLISES COMPUTADORIZADAS:

CEFALOMÉTRICA DE PERFIL

- ADENÓIDES
- ALEXANDER
- BIMLER
- BJORK-JARABAK
- DELMANTO
- DOWNS
- ERUPÇÃO DO TERCEIRO MOLAR
- I.B.E.O
- JARABAK
- M.A

- MACIEL
- M.C
- MCNAMARA
- OLMO
- ORTHOMAX
- PETROVIC
- PROFIS
- RICKETTS
- ROCABADO
- SASSOUNI

- SCHWARZ
- SEQUENCIADA
- STEINER
- TIP-EDGE
- TP ORTHODONTICS
- TREVISI
- TWEED
- UNICAMP
- USP
- VALIERI

CEFALOMÉTRICA PA

- RICKETTS FRONTAL

RADIOGRAFIA PUNHO E MÃO

- IDADE ÓSSEA (ÍNDICE CARPAL)

EM FOTOGRAFIA

- ANÁLISE FACIAL FRONTAL
- ANÁLISE FACIAL LATERAL

ESTUDO DE MODELOS

- MISTA
- PERMANENTE
- BOLTON

DOCUMENTAÇÕES:

- MODELOS DE ESTUDO
- MODELOS DE TRABALHO

FOTOS

- INTRA-ORAIS** FOTO
- OCCLUSÃO ANTERIOR
- OCCLUSÃO DIREITA
- OCCLUSÃO ESQUERDA
- OCCLUSAL SUPERIOR
- OCCLUSAL INFERIOR
- OVERJET
- OVERBITE

- EXTRA-ORAIS** FOTO
- FRENTE
- FRENTE SORRINDO
- PERFIL DIREITO
- PERFIL DIREITO SORRINDO
- PERFIL ESQUERDO
- PERFIL ESQUERDO SORRINDO

- PASTA PERSONALIZADA
- DOCUMENTAÇÃO DIGITAL

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA CONE BEAM

Finalidade do exame, histórico clínico e observações _____

FORMATO DE ENTREGA DO EXAME:

- IMPRESSO
- CD - DENTAL SLICE

PLANEJAMENTO DE IMPLANTES:

- MAXILA COMPLETA
- MANDÍBULA COMPLETA
- REGIÕES ASSINALADAS ABAIXO
- CIRURGIA GUIADA

DIAGNÓSTICO DE ATM:

- BOCA FECHADA
- BOCA ABERTA

PERIODONTIA:

- AVALIAÇÃO DE PERDA ÓSSEA ALVEOLAR (assinalar abaixo)
- ENVOLVIMENTO DE FURCA (assinalar abaixo)
- AVALIAÇÃO DE ENVOLVIMENTO ENDOPERIODONTAL

ENDODONTIA:

- PESQUISA DE FRATURA DENTÁRIA (assinalar abaixo)
- PESQUISA DE PERFURAÇÃO RADICULAR (assinalar abaixo)

CIRURGIA:

- DENTE INCLUSO E/OU SUPRANUMERÁRIO (assinalar abaixo)
- PESQUISA DE FRATURA ÓSSEA - região _____
- TERCEIROS MOLARES (assinalar abaixo)
- RELAÇÃO COM O CANAL MANDIBULAR
- RELAÇÃO COM O SEIO MAXILAR

PROTOTIPAGEM:

- MAXILA COMUM OPACO
- MANDÍBULA ESTENDIDA TRANSPARENTE

ORTODONTIA/ODONTOPEDIATRIA:

- AVALIAÇÃO DE TÁBUAS ÓSSEAS VESTIBULARES E LINGUAIS
- AVALIAÇÃO DA INTERCUSPIDAÇÃO DENTÁRIA - CHAVE DE OCLUSÃO
- MEDIÇÃO DOS DIÂMETROS MÉSEO-DISTAIS DE CANINOS E PRÉMOLARES

OUTRAS INDICAÇÕES:

OBS.: _____

OS VALORES INFORMADOS POR TELEFONE DEVERÃO SER CONFIRMADOS MEDIANTE A APRESENTAÇÃO DA REQUISICÃO.

HORÁRIO DE ATENDIMENTO: SEGUNDA À SEXTA DAS 8H ÀS 18:30H (MARCAR HORA)

Rua Almirante Cochrane, 35 - Tijuca - CEP 20550-040 - Rio de Janeiro - RJ - Tels.: (0xx21) 2567-1363 / 2204-2194 / 99855-2909
www.rorrrj.com.br / e-mail: rorrrj@rorrrj.com.br