

REQUISIÇÃO VÁLIDA PARA EXAMES PARTICULARES.



CAMPO LARGO
RADIOLÓGIA ODONTOLÓGICA

Rua Monsenhor Aloísio Domanski, 23 - Térreo
Centro - 83601-200 - Campo Largo - PR
Site: www.rocl.com.br

*FAVOR LIGAR PARA MARCAR HORÁRIO
FONE: (41) 3032-4988 / 41 3032-4987

Paciente: _____

Fone: _____ Data de Nasc.: _____

Dr.(a): _____ Fone: _____

Email: _____ Data: _____

Assinatura/Carimbo _____



Favor enviar requisições

RADIOGRAFIAS EXTRA BUCAIS DIGITAIS

- Panorâmica com laudo Topo Oclusão
- Panorâmica sem laudo (entregue na hora) Traçado para implante
- ATM digital (bilateral em oclusão e máxima abertura)
- Telerradiografia digital de perfil Sem cefalometria
 Com cefalometria
- Telerradiografia digital frontal Sem cefalometria
 Com cefalometria
- Mão e punho (idade óssea)

FOTOGRAFIA

- Frente Perfil
- Intrabucais Sorrindo
- Oclusal superior Oclusal inferior

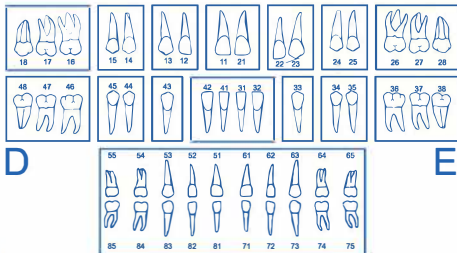
Traçado Computadorizado de:

ESCANAMENTO INTRAORAL

- Invisalign Outros

RADIOGRAFIAS INTRA BUCAIS DIGITAIS

- Levantamento periapical completo
- Periapical (assinalar a região a ser radiografada)



- Interproximal premolares Direito
 Esquerdo
- Interproximal molares Direito
 Esquerdo
- Oclusal: Superior
 Inferior
- Técnica de Clark da região de:

DOCUMENTAÇÕES (VER ORIENTAÇÕES NO VERSO)







- Documentação 01 _____ Panorâmica, telerradiografia, traçado cefalométrico, 6 fotos, modelos ortodônticos, pastas ortodônticas c/ formulários e 2 periapicais.
- Documentação 02 _____ Panorâmica, telerradiografia, traçado cefalométrico, 8 fotos, modelos ortodônticos, pastas ortodônticas c/ formulários e 2 periapicais.
- Documentação 03 _____ Panorâmica, telerradiografia, traçado cefalométrico, 8 fotos, modelos ortodônticos, pastas ortodônticas c/ formulários, levantamento periapical
- Documentação digital _____ Panorâmica, telerradiografia, traçado cefalométrico, 6 fotos (CD/internet)



TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA CONE BEAM

Motivo

- Implantodontia
 Endodontia
 Cirurgia
 Patologia

- | | | | |
|------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="radio"/> Maxila Total | <input type="radio"/> Sup. posterior D | <input type="radio"/> Sup. anterior | <input type="radio"/> Sup. posterior E |
| <input type="radio"/> Maxila Direita |  |  |  |
| <input type="radio"/> Maxila Esquerda | | | |
| <input type="radio"/> Mandíbula Total | <input type="radio"/> Inf. posterior D | <input type="radio"/> Inf. anterior | <input type="radio"/> Inf. posterior E |
| <input type="radio"/> Mandíbula Direita |  |  |  |
| <input type="radio"/> Mandíbula Esquerda | | | |

Região unitária: _____

- | | |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="radio"/> ATM
<input type="radio"/> Fechada
<input type="radio"/> Aberta
<input type="radio"/> Repouso | <input type="radio"/> Tomografia com guia cirurgica
<input type="radio"/> Guia Cirurgica
<input type="radio"/> Reconstrução 3D
<input type="radio"/> CD
<input type="radio"/> Dental slice |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

Informações adicionais:

Orientação ao paciente:

Agendar por telefone ou no local, horário para qualquer exame. Os valores dos exames informados por telefone serão aproximados e somente confirmados mediante apresentação do pedido de exames em nossa recepção. Para documentação com moldagem, recomenda-se jejum de 2 horas.

Para exames de raio x, será necessário retirar itens metálicos na parte superior (piercings, brincos, correntes, presilhas, óculos, etc.)

Local com estacionamento próprio

