RX DENTÁRIO
RADIOLOGIA ODONTOLÓGICA

Paciente:_____ **Data Nasc.:**_____ **Data:**_____

Dr. (a):_____ **Tel.:**_____ **E-mail:**_____

Descreva o motivo da solicitação do exame ou suspeita de diagnóstico:

_____

REQUISIÇÃO DE RADIOGRAFIAS

Dentes Permanentes

Maxilar Superior Direito	*Maxilar Superior Esquerdo*
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*
Maxilar Inferior Direito	*Maxilar Inferior Esquerdo*

Dentes Decíduos

Maxilar Superior Direito	*Maxilar Superior Esquerdo*
55 54 53 52 51	*61 62 63 64 65*
85 84 83 82 81	*71 72 73 74 75*
Maxilar Inferior Direito	*Maxilar Inferior Esquerdo*

EXAMES RADIOLÓGICOS INTRABUCAIS

Periapicais
- ☐ Dentes assinalados
- ☐ Completo (Radiodôntica)
- ☐ Interproximais (marcar ao lado)

Interproximais
- ☐ Direito
  - ☐ Pré-molar
  - ☐ Molar
- ☐ Esquerdo
  - ☐ Pré-molar
  - ☐ Molar

Oclusais
- ☐ Superior
- ☐ Inferior

EXAMES RADIOLÓGICOS EXTRABUCAIS

- ☐ Panorâmica
- ☐ Panorâmica para implante com traçado
- ☐ P.A. Mandíbula
- ☐ A.T.M. (boca fechada, repouso ou aberta)
- ☐ Idade Óssea (mão e punho)

- ☐ Cefalométrica frontal
  - ☐ Traçado de Ricketts ☐ Sem traçado
- ☐ Cefalométrica sem traçado
- ☐ Cetalométrica com traçado computadorizado (marcar ao lado)

- ☐ Downs
- ☐ Tweed
- ☐ Steiner
- ☐ Padrão USP
- ☐ Padrão Profis (Bauru)
- ☐ Ricketts ( )lateral ( )frontal
- ☐ Bimler

- ☐ Jarabak
- ☐ Lavergne-Petrovic
- ☐ Schwartz
- ☐ Mc Namara
- ☐ Previsão de 3 molares
- ☐ Análise das vias aéreas (adenóide)

DOCUMENTAÇÃO

- ☐ Modelo

- ☐ Fotos Coloridas
- ☐ Extra-orais
- ☐ Intra-orais
- ☐ Fotos oclusais

- ☐ Documentação Ortodôntica Completa (Panorâmica, Cefalométrica com traçado, Modelos, Fotos e Pastas com fichas)
- ☐ Documentação econômica (Panorâmica, Cefalométrica com traçado, Fotos e Pastas com fichas)
- ☐ Mandar o bloco de pedido.
- ☐ Escaneamento Intraoral (Equipamento ITERO)

OBS: _____

Whatsapp: (22) 99823-6775