VISIMAGEM
DIAGNÓSTICOS POR IMAGEM

Telefone: (47) 3333-9200

contato@visimagem.com.br

Rua das Nações, 650, Sala 101- Nações– Indaial – SC- CEP: 89130-000

Paciente: _____ **Fone:** _____

Data Nascimento: ___ / ___ / ___ **Data Solicitação:** ___ / ___ / ___

Dr.(a): _____ **Fone:** _____

Endereço: _____

E-mail: _____

Motivo da solicitação do exame / Obs.: _____

AGENDE SEU HORÁRIO:
Data: ___ /___ /___
Horário: ___ :___

SOLICITAÇÃO RADIOGRÁFICA

PERIAPICAL

- ☐ Periapical (estudo parcial assinalar no odontograma)
- ☐ Levantamento Periapical Completo

18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
			55	54	53	52	51	61	62	63	64	65			
			85	84	83	82	81	71	72	73	74	75			
48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38

TÉCNICA DE LOCALIZAÇÃO

- ☐ Dente Incluso
- ☐ Corpo estranho

INTERPROXIMAL (Bite-wing)

- ☐ Pré-Molares Direitos
- ☐ Pré-Molares Esquerdos
- ☐ Molares Direitos
- ☐ Molares Esquerdos

OCLUSAL

- ☐ Maxila
- ☐ Mandíbula
- ☐ Região: _____

PANORÂMICA

- ☐ Topo
- ☐ Oclusão

PANORÂMICA PARA IMPLANTE

- ☐ Traçado Anatômico p/ Implante

Região: _____

TELERRADIOGRAFIA

- ☐ Telerradiografia Lateral
- ☐ Telerradiografia Frontal
- ☐ Análise das Vias Aéreas

OUTROS

- ☐ Seios da Face
- ☐ ATM
- ☐ Mão e Punho

TRAÇADO COMPUTADORIZADO

- ☐ Profis
- ☐ Ricketts Lateral
- ☐ Roth Jarabak
- ☐ Unicamp
- ☐ Lavergne/Petrovic
- ☐ USP
- ☐ Ricketts Frontal
- ☐ Trevisi
- ☐ Sassouni
- ☐ Outros:_____
- ☐ Bimler
- ☐ MacNamara
- ☐ Tweed/Steiner
- ☐ Wits _____

☐ **DIGITALIZAÇÃO DOS EXAMES**

MODELOS EM GESSO

- ☐ Estudo
- ☐ Trabalho

FOTOGRAFIA

- ☐ Frente
- ☐ Perfil
- ☐ Sorrindo
- ☐ Close Perfil
- ☐ Oclusal Superior
- ☐ Oclusal Inferior
- ☐ Intrabucais
- ☐ Overjet

DOCUMENTAÇÃO

☐ **DOCUMENTAÇÃO A (Simplificada)**
Panorâmica, telerradiografia com até 2 traçados, modelo em gesso, 3 fotos (frente,sorrindo,perfil).

☐ **DOCUMENTAÇÃO B (Básica)**
Panorâmica, telerradiografia com até 2 traçados, modelo em gesso, 8 fotos (extra e intrabucais), 4 Bite Wing.

☐ **DOCUMENTAÇÃO C (Completa)**
Panorâmica, telerradiografia com até 2 traçados, modelo em gesso, 8 fotos (extra e intrabucais), levantamento periapical e interproximal.

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA VOLUMÉTRICA CONE BEAM

ESPECIALIDADE

☐ Implante ☐ Cirurgia ☐ Ortodontia ☐ Prótese ☐ Dentística ☐ Endodontia

☐ DTM ☐ Odontopediatria ☐ Otorrinolaringologia ☐ Periodontia ☐ Patologia

ESPECIFICAR ÁREA

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

☐ Dente Retido e/ou supranumerário (região) _____ ☐ Terceiros Molares _____

☐ Pesquisa de Fratura Dental/Radicular _____ ☐ Pesquisa de Canal Acessório _____

EXAMES TOMOGRÁFICOS

☐ Tomografia Vol. 1 (1 ou 2 Elementos)

☐ Tomografia Vol. 2 (1 hemi arco)

☐ Tomografia Vol. 3 (maxila ou mandíbula)

☐ Tomografia Vol. 4 (3 hemi arcos)

☐ Tomografia Vol. 5 (maxila e mandíbula)

☐ Tomo ATM 1 (1 Posição) _____

☐ Tomo ATM 2 (2 Posição) _____

☐ Tomografia de Zigomático

☐ Vias Aéreas e Seios Paranasais

SERVIÇOS (TOMOGRAFIA)

☐ Incidência Tomográfica para Prototipagem

Região:

☐ Incidência Tomográfica para Guia Cirúrgico

Região:

Dental Slice

☐ Maxila ☐ Mandíbula

RECOMENDAÇÕES AOS PACIENTES:

- ✓ ESCOVAR OS DENTES
- ✓ EVITAR A INGESTÃO DE LÍQUIDOS E ALIMENTOS 2h ANTES DA MOLDAGEM
- ✓ RETIRAR OBJETOS METÁLICOS DA REGIÃO DA CABEÇA E PESCOÇO (brincos, cordões, próteses,...)
- ✓ PACIENTES COM CABELOS COMPRIDOS FAVOR TRAZER ELÁSTICO PARA O CABELO SEM METAL.
- ✓ PACIENTE GESTANTE FAVOR AVISAR A CLÍNICA AO
- ✓ MARCAR HORÁRIO;
- ✓ VALORES INFORMADOS POR TELEFONE SERÃO CONFIRMADOS NO ATO DO EXAME.

☐ Favor enviar mais solicitações