

Nome do paciente: _____

Telefone: _____ Data de Nasc.: ____/____/____

Dr(a): _____ E-mail: _____ Cel.: _____

Orientações aos pacientes:

- Os valores dos exames serão confirmados com a apresentação da requisição de exame
- Retirar metais da região da cabeça e pescoço
- Exames Periapicais e moldagem sugerimos jejum de 2 horas
- Paciente gestante ou com necessidade especial informar a clínica com antecedência
- Convênio odontológico: levar pedido em receituário do dentista assinado e carimbado

Formato de Entrega

- Online (iDOC/e-mail) Impresso Solicito envio de requisição

Radiografias Extrabucais

Com Laudo

Sem Laudo

- | | | |
|-------------------------------------|---|--|
| <input type="checkbox"/> Panorâmica | <input type="checkbox"/> Telerradiografia | <input type="checkbox"/> Seios da face |
| <input type="checkbox"/> ATM | <input type="checkbox"/> Lateral | <input type="checkbox"/> Walters |
| <input type="checkbox"/> Carpal | <input type="checkbox"/> Frontal | <input type="checkbox"/> Caldwell |

Radiografias Intrabucais

Com Laudo

Sem Laudo


- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Levantamento Periapical | <input type="checkbox"/> Periapical (assinale os dentes) |
| <input type="checkbox"/> Interproximal | <input type="checkbox"/> Tec de Clark (assinale os dentes) |
| <input type="checkbox"/> Pré Molar <input type="checkbox"/> Molar | <input type="checkbox"/> Oclusal |
| <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> E | <input type="checkbox"/> Superior <input type="checkbox"/> Inferior |



Documentações

Com Modelo

Sem Modelo

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> DOC 1 - Padrão | Panorâmica, Tele Lateral, 1 traçado, 6 fotos |
| <input type="checkbox"/> DOC 2 - Econômica | Panorâmica, 2 periapicais anteriores, Tele Lateral, 2 traçados, 6 fotos |
| <input type="checkbox"/> DOC 3 - Completa | Panorâmica, 2 periapicais anteriores, Tele Lateral, até 4 traçados, Carpal, 8 fotos |
| <input type="checkbox"/> DOC 4 - Periodontal | Panorâmica, Levantamento periapical, 4 interproximais, 6 fotos |
| <input type="checkbox"/> DOC 5 - Alinhador  | Panorâmica, 2 periapicais anteriores, Tele Lateral, 2 traçados, 8 fotos, Escaneamento |

Traçados

- | | | | |
|------------------------------------|----------------------------------|--------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> USP | <input type="checkbox"/> Steiner | <input type="checkbox"/> USP/Unicamp | <input type="checkbox"/> Delmanto |
| <input type="checkbox"/> Ricketts | <input type="checkbox"/> Profis | <input type="checkbox"/> Jarabak | <input type="checkbox"/> Unicamp |
| <input type="checkbox"/> MC Namara | <input type="checkbox"/> Bimler | <input type="checkbox"/> Trevis | <input type="checkbox"/> Outras: _____ |

Outros Serviços

- | | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Modelo Ortodôntico | <input type="checkbox"/> Fotos Extrabucais | <input type="checkbox"/> Fotos Intrabucais |
| <input type="checkbox"/> Modelo de Trabalho | <input type="checkbox"/> Frente | <input type="checkbox"/> Oclusal |
| <input type="checkbox"/> Escaneamento Intraoral  | <input type="checkbox"/> Perfil | <input type="checkbox"/> Lateral |

Observações: _____