

O MELHOR ATENDIMENTO!

RADIOGRAF

🌐 Faça seu pedido on-line pelo cfaz.net

NOVOS ENDEREÇOS

BS DESIGN

Av. Desembargador Moreira 1300,
Torre Sul, Sala 613

RIOMAR TRADE CENTER

Rua Des. Lauro Nogueira, 1500, Sala 503, Papicu.

☎ 85.99151.6099 / 99120-8014 📞 85.3261.7722 / 3393.1030

📧 @clinicaradiograf ✉ sacradiograf@gmail.com

DADOS DO PACIENTE

PACIENTE _____ EMAIL: _____ FONE _____

SOLICITAÇÃO DR. (A) _____ EMAIL: _____ FONE _____

ENDEREÇO DR. (A) _____ DATA ____ / ____ / ____

MOTIVO DO EXAME _____

SOLICITAÇÃO DE EXAMES

RADIOLOGIA DIGITAL

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

PERIAPICAL

☐ Dentes assinalados ☐ Seriografia (boca toda) ☐ Seriografia + Interproximais

INTERPROXIMAL (Bite - Wing)

Molares: ☐ D ☐ E Pré-Molares: ☐ D ☐ E

EXTRA - ORAIS

☐ Panorâmica
☐ Mão e Punho (idade óssea)
☐ Telerradiografia Lateral
☐ Outros: _____

☐ USP ☐ STEINER ☐ McNAMARA
☐ RICKETTS ☐ PROFIS ☐ ROTH-JARABAK
☐ BIMLER ☐ TWEED ☐ UNICAMP
☐ PERSONALIZADO ☐ OUTRO: _____

DOCUMENTAÇÃO ORTODÔNTICA

Sugerimos fazer jejum de 2 horas

☐ Doc. Personalizada (Padrão do Dentista) ☐ Green (formato digital)
☐ Doc. Básica: Pan/Tele/Mod/Fotos (F/P/S+IO) ☐ Impressa
☐ Doc. Simplificada

MODELOS

☐ Escaneamento Digital ☐ Escaneamento Digital + modelo impresso
☐ Outros: _____

FOTOS

☐ Frente ☐ Perfil ☐ Sorriso
☐ Intra-orais ☐ Oclusais
☐ Outros: _____

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE ALTA RESOLUÇÃO

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

IMPLANTE

☐ Maxila completa ☐ Mandíbula completa
☐ Tomografia com Guia
☐ Outros: _____
Região de: _____

ENDODONTIA

☐ Pesquisa de fratura/perfuração ☐ Lesão apical
☐ Estudo da anatomia
☐ Outros: _____

Região de: _____

Informações Clínicas:

Dor - Sim ☐ Não ☐ Fístula - Sim ☐ Não ☐ Edema - Sim ☐ Não ☐

Outras informações - Histórico: _____

PERIODONTIA

☐ Maxila ☐ Região de _____
☐ Mandíbula
☐ Outros: _____

ORTODONTIA

☐ Tomografia para invisalign
☐ Tomografia para medida perio

OUTRAS INDICAÇÕES

☐ Exodontia de terceiro molar 18 ☐ 28 ☐ 38 ☐ 48 ☐
☐ Avaliação de lesão nos maxilares: região _____
☐ ATM: ☐ Boca Aberta ☐ Boca Fechada

☐ ENVIO DIGITAL

☐ ENTREGAR EXAMES NO CONSULTÓRIO

ENVIAR BLOCO
DE PEDIDO DE EXAMES

☐