

Paciente: _____

Data de nascimento: ____ / ____ / ____ sexo: () M () F Telefone: (____) _____

Dr.(a): _____

E-mail: _____ Telefone: (____) _____

Marque abaixo os dentes isolados ou regiões:

18 17 16 15 14 13 12 11
55 54 53 52 51
direito
85 84 83 82 81
48 47 46 45 44 43 42 41

21 22 23 24 25 26 27 28
61 62 63 64 65
esquerdo
71 72 73 74 75
31 32 33 34 35 36 37 38

Radiografias Digitais

Intra-Orais

- ☐ Periapical de um ou mais dentes (marcar acima)
☐ Peripical completo
☐ Interproximais (Bite-Wings) ☐ direito ☐ esquerdo
☐ Oclusal superior ☐ Oclusal inferior

Extra-Orais

- ☐ Panorâmica ☐ Traçado para implante
☐ Panorâmica com complementares (incisivos e Bite-Wings)
☐ Teleradiografia ☐ Perfil ☐ 45° ☐ PA ☐ AP
☐ Punho e mão - finalidade ortodôntica
☐ Mento-Naso para os seios maxilares
☐ Pósterio-Anterior de mandíbula
☐ ATM - Transcranianas (aberta e fechada)

Documentação Ortodôntica

- ☐ **Completa** - telerradiografia com 3 traçados (marcar abaixo), panorâmica com complementares, 9 fotos, par de modelos, laudo, formulários e pasta.
☐ **Básica** - telerradiografia com 1 traçado (marcar abaixo), panorâmica, 3 fotos, par de modelos, laudo, formulários e pasta.

Traçado Cefalométrico

- ☐ Steiner ☐ Ricketts
☐ USP - Unicamp ☐ Mc Namara
☐ Downs ☐ Bimler
☐ Alexander ☐ Tweed
☐ Outros: _____

Fotografia

Extra-oraís

- ☐ Frente
☐ Frente sorrindo
☐ Perfil direito
☐ Perfil esquerdo

Intra-Orais

- ☐ Oclusal anterior
☐ Oclusal direita
☐ Oclusal esquerda
☐ Oclusal superior
☐ Oclusal inferior

Tomografia Computadorizada por Feixe Cônico (Cone Beam)

Área de obtenção das imagens

- ☐ Maxila ☐ Mandíbula
☐ Dentes isolados ou regiões

Implante

- ☐ Com guia tomográfico ☐ Dental Slice

Periodontia

- ☐ Avaliação da perda óssea alveolar
☐ Envolvimento de furca ou endoperiodontal

Cirurgia

- ☐ Localização de dente incluso ou supranumerário
☐ Avaliação de terceiros molares
☐ Pesquisa de patologia ou fratura maxilo-facial
☐ Avaliação dos seios da face

Endodontia

- ☐ Pesquisa de fratura ou perfuração
☐ Pesquisa de dilaceração radicular

Ortodontia ou Odontopediatria

- ☐ Avaliação das tábuas ósseas vestibulares e linguais
☐ Avaliação de reabsorção dentária
☐ Avaliação do espaço naso-faríngeo e adenóides
☐ Disjunção palatina

Diagnóstico da ATM

- ☐ Morfologia (Perfil ou PA): ☐ Boca aberta ☐ Boca fechada
☐ Pesquisa de fratura ou patologia

Escaneamento Intraoral

- ☐ Ortodontia ☐ Prótese ☐ Cirurgia

Observações:

