iddo
RADIOLOGIA ODONTOLÓGICA

Rua das Rosas, 95 - Sala 212 - Vila Valqueire
Tels.: (21) 2010-0255 / 2143-8550 - CEP: 21330-680 - Rio de Janeiro - RJ
www.iddo.com.br

PACIENTE NASCIMENTO: _____/_____/_____ COR: SEXO: MASC. ◯ FEM. ◯

NOME:

PROFISSIONAL

DR(A): TELEFONE:

E-MAIL: CRO:

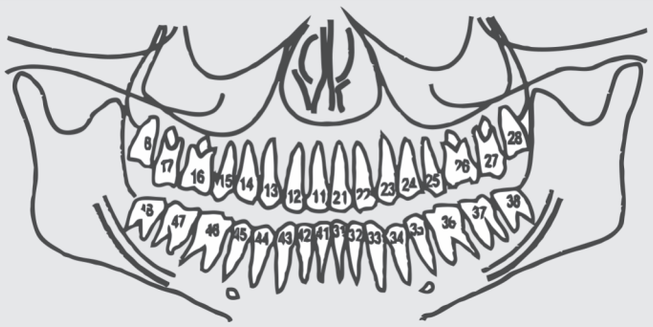
ENDEREÇO DR(A):

INDICAÇÃO DO EXAME:

ENVIO: ◯ Com laudo ◯ S/ laudo entregue em 20 min ◯ E-mail ◯ Local (Iddo) ◯ Enviar outras solicitações de exame

REQUISIÇÃO DE EXAMES

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 74 73 75
48 47 46 45 44 43 42 41	31 32 33 34 35 36 37 38



(Marcar a região a ser pesquisada no odontograma acima)

RADIOLOGIA DIGITAL

INTRA-ORAIS

◯ Periapical de um ou mais dentes
(Marcar os dentes no Odontograma acima)

◯ Periapical completo com : ◯ Bite-wing: ◯ Direito ◯ Pré-molares ◯ Esquerdo ◯ Molares

◯ Técnica de Clark: Região de: _____

EXTRA-ORAIS

◯ Panorâmica
◯ Panorâmica para implante ◯ Com traçado computadorizado
◯ Panorâmica com complementares (incisivos e "bite-wing")
◯ Mão e punho - Finalidade ortodôntica
◯ ATM ◯ Direito ◯ Esquerdo
◯ Póstero - Anterior
◯ Outras Radiografias: _____
◯ Cefalométrica de perfil sem traçado
◯ Cefalométrica de perfil com tracado (marcar abaixo)

◯ Steiner	◯ Tweed	◯ USP
◯ Ricketts Frontal	◯ Downs	◯ USP / Unicamp
◯ Ricketts	◯ Schwartz	◯ Padrão Profis
◯ Mc Namara	◯ Bimler	◯ Adenóides
◯ Jaraback	◯ Dermanto	◯ Petrovic (Lavergne)
◯ Tipo Edge	◯ VJMJ	

◯ Outros: _____

DOCUMENTAÇÕES

FOTOS INTRA-ORAIS

EM OCLUSÃO: ◯ Frontal ◯ Direito. ◯ Overjet ◯ Overbite ◯ Esquerdo

VISÃO OCLUSAL: ◯ Superior ◯ Inferior

FOTOS EXTRA-ORAIS

◯ Frontal ◯ Frontal sorrindo ◯ Perfil Direito ◯ Perfil Esquerdo

MODELOS

◯ Modelos em gesso zocalados ◯ Modelos recortados
◯ Análise de discrepância ◯ Modelos de trabalho

DOCUMENTAÇÃO 1

◯ Panorâmica, Cefalométrica de perfil com 2 traçados, 6 fotos e modelos zocalados.

DOCUMENTAÇÃO 2

◯ Panorâmica com complementação (Incisivos e Bite Wings), Cefalométrica de perfil com 2 traçados, 8 fotos e modelos zocalados.

DOCUMENTAÇÃO 3

◯ Panorâmica com complementação, Cefalométrica de perfil com 3 traçados, 9 fotos e modelos zocalados.

DOCUMENTAÇÃO 4

◯ Igual a documentação 3 mais análise de discrepância e radiografia de mão e punho.

ENTREGAS

◯ Apenas pasta ◯ Apenas CD ◯ Apenas E-mail ◯ Pasta e CD

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA CONE BEAM

PLANEJAMENTO DE IMPLANTE

◯ Maxila Completa ◯ Região assinaladas no odontograma
◯ Mandíbula Completa ◯ Maxila e Mandíbula

CIRURGIA E PATOLOGIA

◯ Avaliação de dentes inclusos ◯ Avaliação de seios maxilares

PERIODONTIA

◯ Envolvimento de furca ◯ Avaliação de perda óssea alveolar

ORTODONTIA

◯ Estudo para inserção de mini-implante

ENDODONTIA

◯ Estudo de lesões periapicais ◯ Pesquisa de Fratura / Perfuração radicular

ATM

◯ Morfologia ◯ Boca aberta ◯ Boca fechada

FORMATO DE ENTREGA DA TOMOGRAFIA

◯ Apenas impresso ◯ Filme ◯ Papel fotográfico
◯ Apenas CD ◯ Impressão e CD

CONTEÚDO DO CD

◯ Dental Slice ◯ DICOM ◯ Galileos viewer

Descrever abaixo, de forma clara, a finalidade do exame:

_____
_____
_____
_____
_____

OBS: Os valores informados por telefones, deverão ser confirmados na recepção antes da realização do exame.