

O prazo de entrega das documentações será cumprido, desde que não seja necessário repetição de nenhum exame.

Qualquer dúvida contate-me
Abraços Dr Sandro.

Para Convênio, utilizar receituário próprio do profissional, assinado e carimbado, gratos.



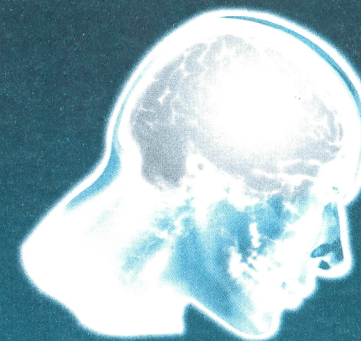
Nome: _____

Dentista: _____

Data da Entrega: ____/____/____

Rua General Francisco Glicério, 684 - Centro - Suzano / SP - CEP: 08674-000 - Tel.: (11) 4742-2171

E-mail: irosradiologia@hotmail.com



IROS



Radiologia e Documentação Odontológica

Horário de Atendimento

De: 2ª a 6ª das 8:00 às 18:30h.
Sábados das 8:00 às 13:30h.

(11) 4742-2171

DADOS DO PACIENTE

Agendamento p: ____/____/____ Às: _____

Nome: _____

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

Fones: _____ Cel.: _____

E-mail: _____

SOLICITADO PELO(a) DR(a)

Nome: _____

Endereço: _____

Cidade: _____

Fones: _____

E-mail: _____

☐ Receber exames pela internet

☐ Favor enviar formulários de exames

• Recomendamos alimentos leves 2 horas antes dos exames.

• Os valores dos exames fornecidos por telefones serão confirmados mediante a apresentação deste pedido na recepção

DOCUMENTAÇÃO ODONTOLÓGICA

Digital

Ortodôntica Completa:

Panorâmica com laudo, telerradiografia com 03 traçados, 01 par de mod. de estudo, 06 fotos, pasta com impressos.

Ortodôntica Básica:

Panorâmica com laudo, telerradiografia com 02 traçados, 01 par de modelo de estudo, 06 fotos, pasta de papelão.

Ortopédica:

Panorâmica com laudo, telerradiografia com 02 traçados (01 Bimler e 01 a escolher), 01 par de modelo de estudo, 01 par de modelo de trabalho, análise de espaço naso-faríngeo (adenóides), índice carpal (RX de mão e punho), 08 fotos, pasta com impressos.

Documentação para periodontia:

Panorâmica com laudo, periapicais dos arcos dentários, interproximais, fotos, 01 par de modelos de estudo, pasta com impressos.

Documentação por e-mail

☐ Documentação em CD

☐ Entrega no Consultório

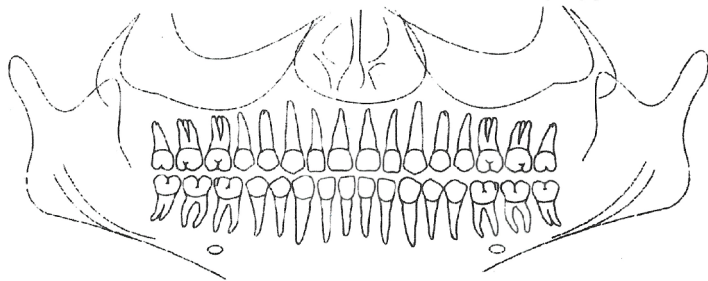
ANÁLISES CEFALOMÉTRICAS COMPUTADORIZADAS

- | | | | |
|---|--|-----------------------------------|----------------------------------|
| ☐ Axial | ☐ Frontal Ricketts | ☐ Ricketts | ☐ Tecidos |
| ☐ Adenóides | ☐ Irrupção 3º MI | ☐ Rocabado | ☐ Moles |
| ☐ Apnéia do Sono | ☐ Jarabak | ☐ Steiner | ☐ USP |
| ☐ Análise Facial | ☐ Lavergne / Petrovic | ☐ Schwarz | ☐ UNICAMP |
| ☐ Bimler | ☐ McNamara | ☐ Sassouni | ☐ Wylie |
| ☐ Burstone | ☐ Profis | ☐ Tweed | ☐ _____ |
| ☐ Fonseca | ☐ Proporções Divinas | ☐ Trevisi | ☐ _____ |

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA CONE BEAM

- ☐ Implante (assinale região no odontograma)
- ☐ Com medida ☐ Sem medida
- ☐ Localização de incluso (assinale região no odontograma)
- ☐ Avaliação dos seios maxilares: (assinale região no odontograma)
- ☐ Pesquisa de fratura no complexo maxilo-mandibular (assinale região no odontograma)
- ☐ Pesquisa de lesão (assinale no odontograma)
- ☐ Periodontia

ASSINALE AS REGIÕES DE INTERESSE PARA TOMOGRAFIA



MODELOS

☐ Ortodôntico

☐ De trabalho

☐ Xerox de modelos

☐ Análise de modelos

☐ Moyers

☐ Bolton

☐ Discrepância de modelos

☐ Duplicação

☐ Caixa (04 e 02 lugares)

FOTOGRAFIAS

☐ Frente / Perfil (rostro)

☐ Sorriso

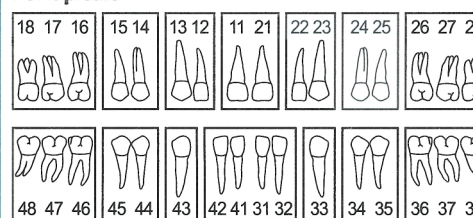
☐ Oclusais

☐ Intrabucais

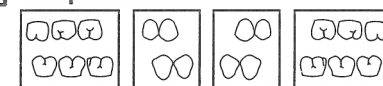
☐ Over Jet

RADIOGRAFIAS INTRABUCAIS

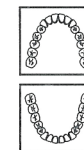
☐ Periapicais



☐ Interproximais



☐ Oclusais



☐ Maxila

Região: _____

☐ Mandíbula

Região: _____

☐ Periapicais Boca Toda

Os.: _____

☐ Técnica de Localização

Região: _____

☐ Corpo Estranho

☐ Área Patológica

☐ Dente Não Irrompido

RADIOGRAFIAS EXTRABUCAIS

☐ Panorâmica ☐ Com laudo ☐ Sem laudo ☐ Oclusão

☐ Panorâmica Infantil (30% menos de radiação) ☐ ATM (4 incidências boca aberta e boca fechada).

☐ Panorâmica com traçados para implante (23% de Magnificação) ☐ Com laudo ☐ Sem laudo

☐ Telerradiografia lateral ☐ filme vertical ☐ filme horizontal

☐ Telerradiografia Frontal ☐ Traçado Cefalométrico _____

Iros Radiologia

"Há 12 anos contribuindo para um sorriso perfeito".