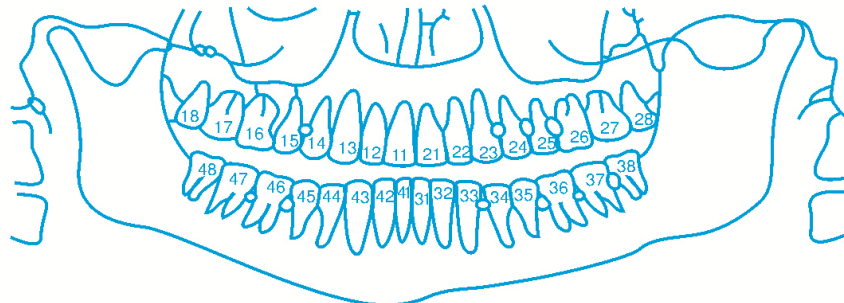


Paciente: _____ Data Nasc.: ____/____/____

Objetivo do Exame: _____ Telefone: _____

DR.(a): _____ Data: ____/____/____

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADO DE FEIXES CÔNICOS - FAVOR MARCAR ÁREAS DE INTERESSE



IMPLANTODONTIA

- | | | | |
|--------------------------------------|---------------------------------------|---|--|
| <input type="checkbox"/> T.C. MAXILA | <input type="checkbox"/> Até 2 dentes | <input type="checkbox"/> T.C. MANDÍBULA | <input type="checkbox"/> Até 2 dentes |
| | <input type="checkbox"/> Até 4 dentes | | <input type="checkbox"/> Até 4 dentes |
| | <input type="checkbox"/> Até 6 dentes | | <input type="checkbox"/> Até 6 dentes |
| | <input type="checkbox"/> Maxila total | | <input type="checkbox"/> Mandíbula total |

- T.C. Ramo de mandíbula (área doadora)
- T.C. Zigomático
- T.C. Dental zig. c/ maxila 13 a 23

CIRURGIA

- Terceiros Molares
 - Relação com canal mandibular
 - Relação com seio maxilar
- Dente incluído e/ou supranumerário
- Patologia
- Fratura: _____
- Outros (especificar): _____

ATM

- | | |
|---------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Boca aberta | <input type="checkbox"/> Boca semi-aberta |
| <input type="checkbox"/> Boca fechada | <input type="checkbox"/> Patologia / Fratura |

OUTROS

ENDODONTIA

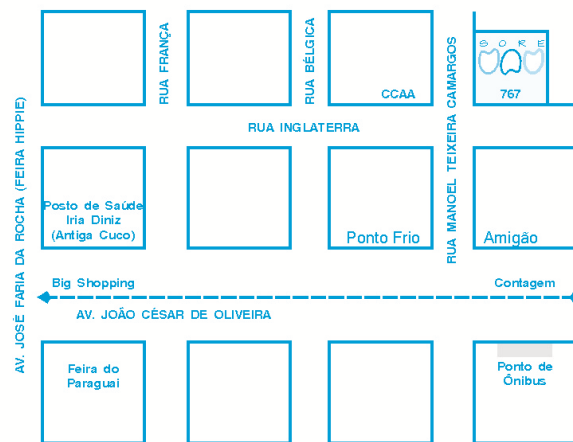
- Fratura dentária
- Reabsorção radicular
- Perfuração radicular
- Outros (especificar): _____

PERIODONTIA

- Perda óssea alveolar
- Comprometimento de furca
- Comprometimento endo-péριο
- Fratura coronária e/ou radicular
- Outros (especificar): _____

ORTODONTIA

- Disjunção palatina
- Avaliação das tábuas ósseas vestibulares e platina
- Relação dos dentes superiores com o seio maxilar
- Relação dos dentes inferiores com o canal mandibular
- Outros (especificar): _____



FAVOR MARCAR HORÁRIO PARA TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA

R. da Inglaterra, 767 - Bairro da Glória - CEP: 32340-130 - Telefone: (31) 3351-2629 - Fax (31) 3355-1542