

Guaratinguetá - SP

Rua Domingos Rodrigues Alves, 205

Centro - 12500-040

(12) 3132-2717



radiologia facial
tenha sempre esta imagem

Enviar solicitação de exame

SOLICITAÇÃO DE EXAME

- TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA CONE BEAM -

Paciente: _____

Dr. (a): _____

Data: ____/____/____

EXAME PARA EXPLORAÇÃO DE:

Área(s) para instalação de implantes / protocolos

Acrescentar o exame no programa dental slice

REGIÃO: _____

LADO DIREITO LADO ESQUERDO

Localização de canais acessórios

Identificações de lesões apicais

Localização de dentes não irrompidos (inclusos e suas modalidades de localização) -

região: _____

Fratura dental - dente(s): _____

Fratura óssea (solução de continuidade do tecido ósseo - cortical e/ou trabeculado ósseo) - região: _____

Articulação temporomandibular

Lesões maxilo e/ou mandibulares

INFORMAÇÕES CLÍNICAS:

FAVOR COMPLEMENTAR AO EXAME TOMOGRÁFICO SOLICITADO:

Radiografia panorâmica

Periapical - região: _____

Para outros exames Imaginológicos, entre em contato conosco

