



Odontologia Diagnóstica por Imagem

Nome (Paciente):

Dados Clínicos:

Solicitante:

Endereço:

E-mail:

Telefone/WhatsApp: ()

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA - MAXILA / MANDÍBULA

INDICAÇÃO - acompanha Laudo Especializado disponível na plataforma de resultados

- ☐ DICOM - (Arquivos DICOM, Laudo) - Sem Template
- ☐ Para Diagnóstico Odontológico - (Template Diagnóstico, Mensurações, Laudo, Arquivos DICOM)
- ☐ Para implantodontia - (Template com Mensurações, Laudo, Arquivos DICOM)
- ☐ Para Avaliação Endodôntica - (Template Diagnóstico, Mensurações, Laudo, Arquivos DICOM)
- ☐ Para Avaliação Periodontal - (Template Diagnóstico, Mensurações, Laudo, Arquivos DICOM)
- ☐ Para Cirurgia Ortognática - (arquivos DICOM, FaceScan* ou 10 Fotos, Laudo) - * Unidades BV e Derby
- ☐ Para Dente Retido - (Template Diagnóstico, Mensurações, Laudo, Arquivos DICOM)
- ☐ Para ATM - 2 incidências - (Template Diagnóstico, Laudo, Arquivos DICOM)
- ☐ Para Planejamento Ortodôntico - (Arquivos DICOM, Laudo Cefalométrico 3D)
- ☐ Para Planejamento de MARPE - (Template Diagnóstico, Mensurações, Laudo, Arquivos DICOM)
- ☐ Para Aumento de Coroa Clínica - (Template Diagnóstico, Mensurações, Laudo, Arquivos DICOM)
- ☐ Para Patologia - (Template Diagnóstico, 3D, Mensurações, Laudo, Arquivos DICOM)
- ☐ Outra:

REGIÃO

- ☐ Maxila
- ☐ Mandíbula
- ☐ Dente _____
- ☐ Região _____
- ☐ Face Completa

PROTOCOLO

- ☐ Em Oclusão
- ☐ Com Afastamento Entre as Arcadas
- ☐ Com Afastamento dos Lábios
- ☐ Para Invisalign
- ☐ Alta Resolução
- ☐

ACESSOS AOS ARQUIVOS DICOM - <https://dicom.diagnoface.com.br/s/XXXXXXDDMAA> (X= nº de atendimento | D= DIA M=MÊS A=ANO)

FLUXO DIGITAL

Exame

- ☐ Escaneamento intra-oral para invisalign - Anexar na IDS _____
- ☐ Escaneamento intra-oral - Arquivo STL
- ☐ Perioguide
- ☐ Endoguide
- ☐ FaceScan - Arquivos OBJ, PLY ou STL
- ☐ Guia Cirúrgica (Tomografia, escaneamento, Planejamento). Especificar fabricante/modelo dos implantes: _____
- ☐ DentalSlice
- ☐ Outro(s) _____

Impressão de modelo

- ☐ Filamento
- ☐ Resina
- ☐ Com Base
- ☐ Sem Base

Prototipagem

- ☐ Maxila
- ☐ Mandíbula
- ☐ Face completa
- ☐ Simples
- ☐ Estendida

EXAMES RADIOGRÁFICOS DIGITAIS

Extra-Orais

- ☐ Panorâmica da Maxila/Mandíbula
- ☐ Cefalométrica
- ☐ Seios da Face (Waters+ P.A.)
- ☐ Mão e Punho esquerdo com idade óssea
- ☐ Outra(s) _____

☐ Topo/Tradicional

☐ em MIC

☐ Seriada para ATMs

☐ Com traçado para implantes

☐ Perfil / Lateral

☐ Frontal

☐ SMV

Intra-Orais

Levantamento Radiográfico Periapical Completo

- ☐ 14 Periapicais + 4 Bite-Wings
- ☐ 14 Periapicais

Periapicais (assinalar região)

18	17	16	15	14	13	12	11	55	54	53	52	51	61	62	63	64	65
48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	21	22	23	24	25
85	84	83	82	81	71	72	73	74	75	36	37	38	26	27	28		

Bite-Wing (Interproximais)

- ☐ molares
- ☐ Pré-Molares
- ☐ Anteriores

- ☐ Técnica de Clark Dente/Região: _____
- ☐ Outra(s) _____

DOCUMENTAÇÕES ORTODÔNTICAS

- ☐ Documentação Ortodôntica Completa - RX Panorâmico e Cefalométrico com análises computadorizadas, 8 fotos e pasta (marcar análises)
- ☐ Documentação Ortodôntica para Alinhadores - Documentação Ortodôntica Completa + escaneamento intraoral
- ☐ Outra(s) _____

Análises Especializadas

- ☐ USP
- ☐ UNICAMP
- ☐ LVV - FOR
- ☐ Profis
- ☐ Steiner
- ☐ Unesp
- ☐ Tweed
- ☐ Bimler
- ☐ McNamara
- ☐ Roth Jarabak
- ☐ Ricketts
- ☐ Lavern/Petrovic
- ☐ Downs
- ☐ Burstone
- ☐ Wyle
- ☐ Schwarz
- ☐ Sassouni
- ☐ Apnéia do Sono

- ☐ Proporções Divinas de Rickets
- ☐ Previsão de erupção 3ºs Molares
- ☐ Sobreposição de traçados
- ☐ Análise Facial
- ☐ Outra: _____

Fotografias

- ☐ 3 Fotos (Frente+Perfil+Sorrindo)
- ☐ 5 Fotos (oclusão frontal+Laterais+Arcos Sup/Inf)
- ☐ 8 Fotos (Série 3 + Série 5)
- ☐ Corpo Inteiro (Frente+Laterais+Costas)
- ☐ Outras: _____

Caro(a) dentista: Favor informar eventuais alterações de endereço, telefone e e-mail através do:
Whatsapp: 81.99890-2333 ou
diagnoface.contato@gmail.com



Resultados:
diagnoface.com.br



Siga-nos no instagram:
[@diagnofacediagnostico](https://www.instagram.com/diagnofacediagnostico)

ATENÇÃO: ESSA GUIA NÃO SERVE PARA CONVÊNIOS



DERBY

RUA DA BAIXA VERDE, 409
NO 1º ANDAR DO BORIS BERESTEIN

Boris
Berenstein

RIOMAR

AV. REPÚBLICA DO LÍBANO, 251
TORRE 1 - 18º ANDAR - SALA 1806

BOA VIAGEM

RUA RIBEIRO DE BRITO, 573, LOJA 01
EM FRENTE AO BORIS BERESTEIN

CENTRAL DE INFORMAÇÕES

(81) 4062-0880

(81) 9.9890-2333



PIEDADE

AV. BERNARDO VIEIRA DE MELO, 1330
NO 2º ANDAR DO BORIS BERESTEIN

Boris
Berenstein

BOA VISTA

AV. CONDE DA BOA VISTA, 1091

EQUIPE ESPECIALIZADA

Prof. Dr. Marco A. Gomes Frazão
CRO-PE 5927
Dra. Cibele Leandro da Costa
CRO-PE 14180
Dra. Deanne Medeiros
CRO-PE 5452
Dr. Ernesto Domingues Bruno de Faria Jr
CRO-PE 8669
Dra. Joanna M. B. Immisch
CRO-PE 7524
Dra. Maria Alzilene Lopes Lira
CRO-PE 8973

Profa. Dra. Danielle Lago Bruno de Faria
CRO-PE 5555
Dra. Mariana Barros
CRO-PE 6896
Dra. Marianna Sampaio Serpa
CRO-PE 10162
Dra. Mayara Duarte Pereira
CRO-PE 9304
Dra. Nathalie Jordão
CRO-PE 8724
Dra. Patrícia Maria Melo da Silva Andrade
CRO-PE 4729

**ATENDIMENTO POR ORDEM DE
CHEGADA! NÃO REALIZAMOS
AGENDAMENTOS**

REQUISIÇÃO DE EXAME DE ULTRASSONOGRAFIA

RECOMENDAÇÕES IMPORTANTES, ANTES DE SE FAZER O EXAME:

- 1 Apresentar exames anteriores, caso tenha. 2 Mulheres: sem maquiagem. 3 Homens: preferencialmente sem barba.
(PARA UMA MELHOR REALIZAÇÃO DO EXAME E MAIOR QUALIDADE DAS IMAGENS REALIZADAS)

FINALIDADE DO EXAME

HOF - HARMONIZAÇÃO FACIAL

Exame realizado sob agendamento.

- ☐ Corpo adiposo da bochecha
localização e mensuração do volume, prévio a bichectomia
- ☐ Corpo adiposo da bochecha pós bichectomia
- ☐ Avaliação da tela subcutânea para lipo de papada
- ☐ Avaliação da espessura dérmica prévia e/ou após bioestimuladores
- ☐ Mapeamento da anatomia tecidual e vascular (pré-HOF)
REGIÕES:

- ☐ Mapeamento para pesquisa de materiais preenchedores
REGIÕES:
- ☐ Avaliação pós procedimento de HOF
INFORMAR DATA E QUAL: PROCEDIMENTO, MATERIAL E QUANTIDADE REALIZADOS
- ☐ Avaliação de fios de sustentação
LOCAL:

Com guias
UTransfer

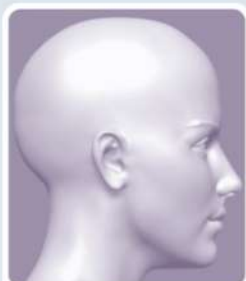
OUTRAS FINALIDADES

- ☐ ATM - Articulação
Temporomandibular
- 3 POSIÇÕES
(FECHADA, SEMI ABERTA E ABERTA)
E DINÂMICA

- ☐ Processo inflamatório / infeccioso
Patologia

- ☐ Glândulas salivares
- ☐ Sub-mandibulares
- ☐ Sub-linguais

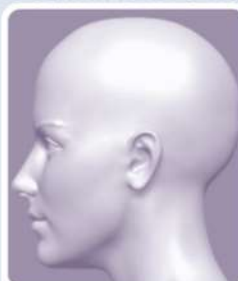
MARQUE AS REGIÕES QUE DEVERÃO SER AVALIADAS NO EXAME



PERFIL DIREITO



FRONTAL



PERFIL ESQUERDO



TERÇO INFERIOR CERVICAL

DESCRIÇÃO DA REGIÃO