



Tomografia Computadorizada TCFC de Altíssima Resolução Prexion 3D Exclusividade da Diagnósticos Radiologia Oral



Data da Solicitação: ____/____/____

PROFISSIONAL

Dr.(a): _____ Tel.: _____

Endereço: _____ CEP: _____

E-Mail: _____ Especialidade: _____

PACIENTE

Nome: _____

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

Endereço: _____ CEP: _____

Radiologia Digital - Exames on line
Resultados Online em até 48hrs

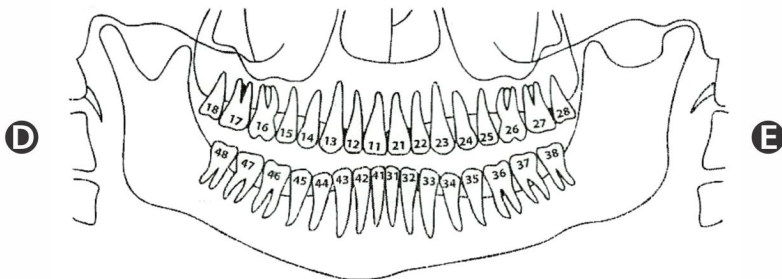




ENVIO DE EXAME

- E-Mail Enviar solicitações de exames
CD: Prexion 3D Viewer Dental Slice Dicom

SOLICITAÇÃO DE TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA PREXION 3D



IMPLANTODONTIA

- Pré operatório Pós operatório
 Maxila Mandíbula
 Total Parcial
 Região: _____

CIRURGIA BUCOMAXILOFACIAL

- Dentes Retidos / Impactados
 Dentes Supranumerários
 Áreas Patológicas
 Fraturas da Face

ENDODONTIA

- Pesquisa de Fratura / Perfuração
 Avaliação de Lesões Periapicais
 Anatomia do Canal Radicular
 Dente: _____

ATM

- Oclusão
 Repouso
 Abertura Máxima

PERIODONTIA

- Envolvimento de Furca
 Lesões Endo-Periodontais

ORTODONTIA

- Análise de Desenvolvimento / Erupção
 Avaliação das Tábua Ósseas e Dentes
 Avaliação para Inserção de Mini Implantes

SEIOS DA FACE

- Seios Maxilares Seio-Frontal Seio-Esfenoidal

PROTOTIPAGEM

- Maxila Mandíbula
 Comum Estendida
 Opaco Transparente

OBSERVAÇÕES CLÍNICAS: _____
