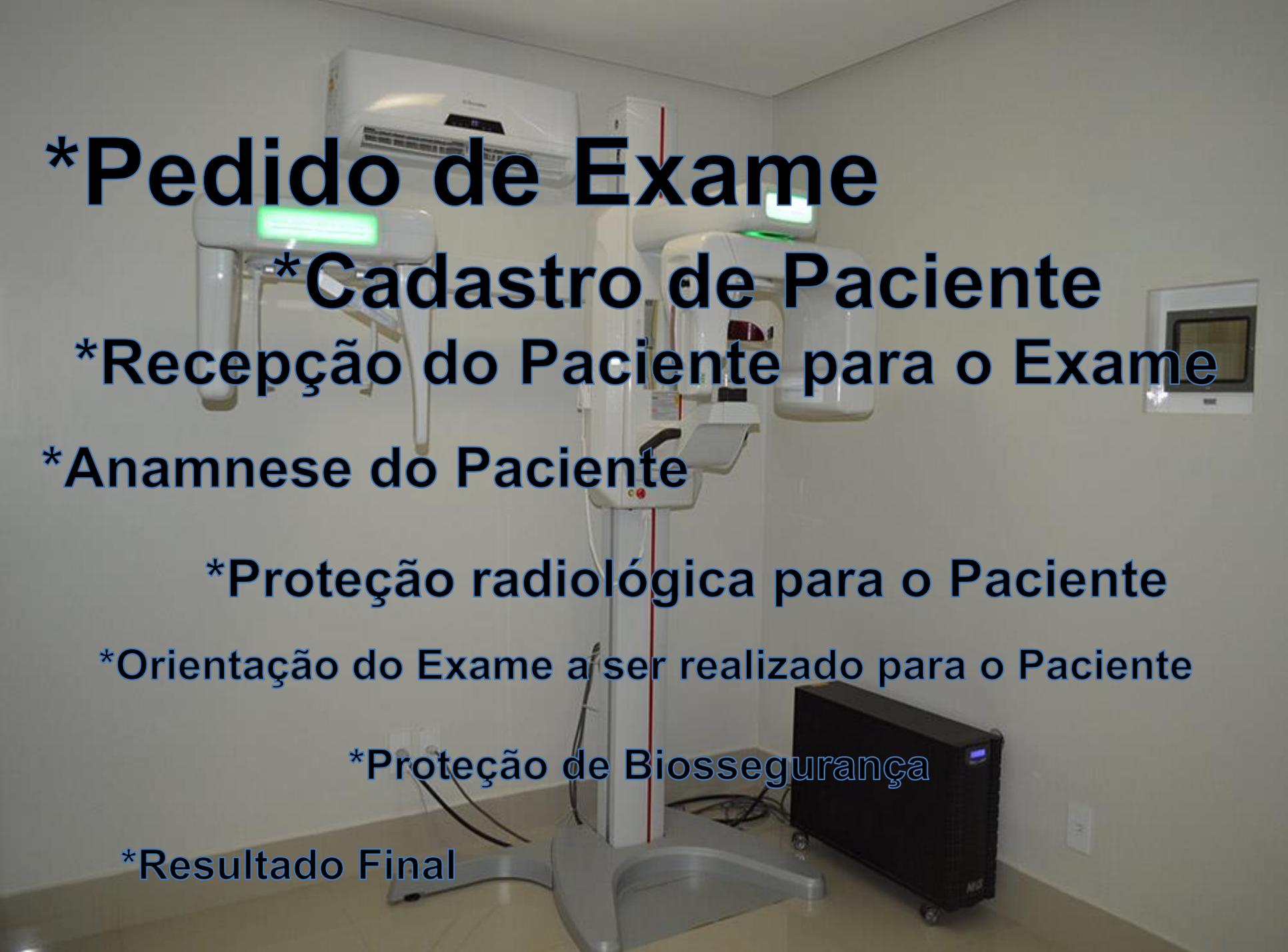


Protocolo de Atendimento na Radiologia Odontológica

The image shows a clinical setting for dental radiology. A large panoramic X-ray machine is the central focus, mounted on a grey stand. To its left, a smaller mobile unit is mounted on the wall. A black equipment cabinet on wheels is positioned to the right of the main machine. The room has white walls, a tiled floor, and an air conditioner mounted high on the wall.

Prof. Richard Dias
Técnico em Radiologia

A panoramic X-ray machine is the central focus, mounted on a tall white stand. The machine's gantry is positioned at the top, with a green light glowing from its front. To the right, a computer monitor is mounted on the wall. The room has white walls and a light-colored floor. The text is overlaid on the image in a bold, black font.

***Pedido de Exame**

***Cadastro de Paciente**

***Recepção do Paciente para o Exame**

***Anamnese do Paciente**

***Proteção radiológica para o Paciente**

***Orientação do Exame a ser realizado para o Paciente**

***Proteção de Biossegurança**

***Resultado Final**

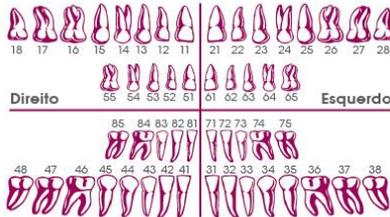
*Pedido de Exame

Paciente: _____ Data de Nascimento: _____ Data do Exame: _____
 Endereço: _____ Telefone: _____
 Doutor(a) _____ Telefone: _____

- Exame inicial Controle Exame final

EXAMES SOLICITADOS

- Periapicais Todos os Dentes
 Dentes Indicados
 Para Implante



- Interproximais "Bite Wing" Molares D E
 Pré-Molares D E
 Anteriores

- Oclusal
 Maxila Parcial
 Mandíbula Total

Motivo: _____

- Panorâmica Topo
 Oclusão
 Implante

- Telerradiografia Lateral/Perfil S/ Análise
 Frontal (P.A.) C/ Análise

Padrão: _____

- Tipo 1 (Tele - Panorâmica - Fotos - Modelos)
 Tipo 2 (Tele - Periapicais - Fotos - Modelos)

Observações Clínicas: _____

- Fotos Intra - bucais Oclusais
 Extra - bucais Sorriso

- Modelos Gesso Ortodôntico
 Gesso Pedra

CD

OBSERVAÇÃO

- Favor mandar bloco de pedidos.

ATENDIMENTO: De 2ª a 6ª feiras das 8h às 18h. Sábado das 8h às 12h. Favor chegar 50min antes do final do expediente



Paciente: _____ Data: ____/____/____
 Dr(a): _____ CRO: _____
 Endereço: _____ Telefone: _____
 E-mail para entrega eletrônica: _____

Radiografias intra-bucais

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

Radiografias Periapicais

- Boca toda
 Técnica do Paralelismo
 Técnica da Bissetriz
 Com tela Milimetrada

- Radiografia Bite Wing Dir. Esq.
 Radiografia Oclusal Sup. Inf.

Região: _____

Radiografias extra-bucais

Radiografias Panorâmicas

- Boca semi-aberta Com tela Milimetrada
 Em oclusão dental Com traçado para implante

Telerradiografias de perfil

- USP Delmanto
 USP / Marcelo Pedreira Ricketts
 Stainer Tweed Macnamara
 Sem traçado Lavergne-Petrovic
 Com traçado cefalométrico: Profs. Sassouni
 Adenóides Jarabac

*Pedido de Exame

Paciente: _____ Data de Nascimento: _____ Data do Exame: _____

Endereço: _____ Telefone: _____

Doutor(a): _____ Telefone: _____

Exame inicial Controle Exame final

EXAMES SOLICITADOS

Periapicais Todos os Dentes
 Dentes Indicados
 Para Implante

Interproximais "Bite Wing" Molares D OE
 Pré-Molares D OE

Oclusal
 Maxila Parcial
 Mandíbula Total

Motivo: _____

Técnica de Localização Topográfica
 Região: _____

ATM Transfacial (4 Exposições)

Panorâmica Topo
 Oclusão
 Implante

Telerradiografia Lateral/Perfil S/ Análise
 Frontal (P.A.) C/ Análise Mão e Punho (idade Óssea)

Padrão: _____

Tipo 1 (Tele - Panorâmica - Fotos - Modelos)
 Tipo 2 (Tele - Periapicais - Fotos - Modelos)

Observações Clínicas: _____

Fotos Intra - bucais Oclusais
 Extra - bucais Sorriso

Modelos Gesso Ortodôntico
 Gesso Pedra CD Favor mandar bloco de pedidos.

OBSERVAÇÃO

ATENÇÃO: De 2ª a 6ª feiras das 8h às 18h. Sábado das 8h às 12h. Favor chegar 50min antes do final do expediente



Paciente: _____ Data: ____/____/____

Dr(a): _____ CRO: _____

Endereço: _____ Telefone: _____

E-mail para entrega eletrônica: _____

Radiografias intra-bucais

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

Radiografias Periapicais

Boca toda Radiografia Bite Wing Dir. Esq.

Técnica do Paralelismo Radiografia Oclusal Sup. Inf.

Técnica da Bissetriz

Com tela Milimetrada

Região: _____

Radiografias extra-bucais

Radiografias Panorâmicas

Boca semi-aberta Com tela Milimetrada
 Em oclusão dental Com traço para implante

Telerradiografias de perfil

USP Delmanto
 USP / Marcelo Pedreira Ricketts
 Sem traço Macnamara
 Stainer Tweed Lavergne-Petrovic
 Birmler Sassouni
 Com traço cefalométrico: Profts Adenóides Jarabac

*Pedido de Exame

Paciente:

Data de Nascimento:

Data do Exame:

Endereço:

Telefone:

Doutor(a)

Telefone:

Exame inicial

Controle

Exame final

*Pedido de Exame

EXAMES SOLICITADOS

- Periapicais Todos os Dentes
 Dentes Indicados
 Para Implante

- Interproximais "Bite Wing" Molares D E
 Pré-Molares D E
 Anteriores

- Oclusal
 Maxila Parcial
 Mandíbula Total

Motivo: _____

- Panorâmica Topo
 Oclusão
 Implante

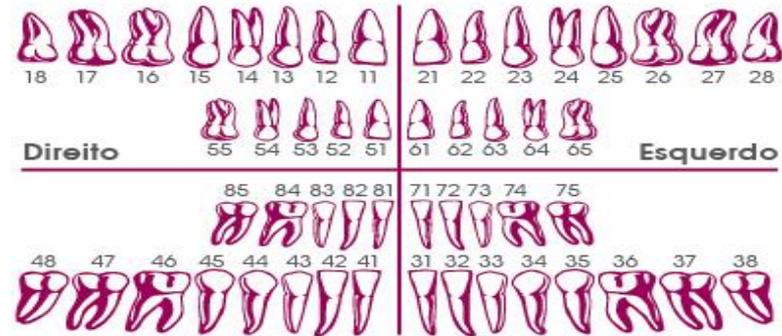
- Telerradiografia Lateral/Perfil S/ Análise
 Frontal (P.A.) C/ Análise

Padrão: _____

- Tipo 1 (Tele - Panorâmica - Fotos - Modelos)
 Tipo 2 (Tele - Periapicais - Fotos - Modelos)

- Fotos Intra - bucais Oclusais
 Extra - bucais Sorriso

- Modelos Gesso Ortodôntico
 Gesso Pedra CD



- Técnica de Localização Topográfica

Região: _____

- ATM Transfacial (4 Exposições)

- Mão e Punho (idade Óssea)

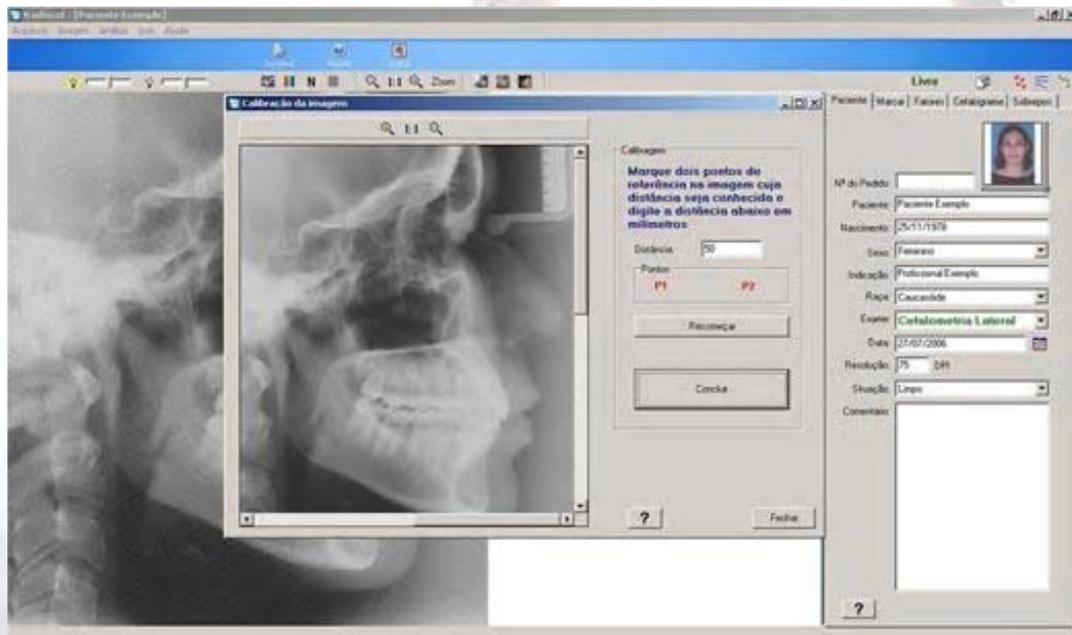
Observações Clínicas: _____

OBSERVAÇÃO

- Favor mandar bloco de pedidos.

*Cadastro de Paciente

Deve ser preenchido corretamente



Andréia Mesquita Aguiar, 28 anos, 5 meses, 29 dias, Polícia Militar

1 - Identificação | 2 - Anamnese | 3 - Odontograma | 4 - Orçamento | 5 - Conta Corrente | 6 - Imagem

Nome: Andréia Mesquita Aguiar Inativo Nº Proibição: 197

Endereço: Rua Arthur Bernardes, 17 Bairro: Monte Alegre

Cidade: Rio de Janeiro UF: RJ CEP: 20000-000 Telefones: (21) 999-9999 (21) 999-8888

Residencial | Comercial | Internet | Diversos

Sexo: Feminino Cor: Branca Estado Civil: Solteiro Profissão: Advogada Data Nascimento: 04/04/1977

Convênio / Tabela: Polícia Militar Plano / Empresa: Total Nº Matrícula: 999.111.333-1 Data Validade: 01/11/2006

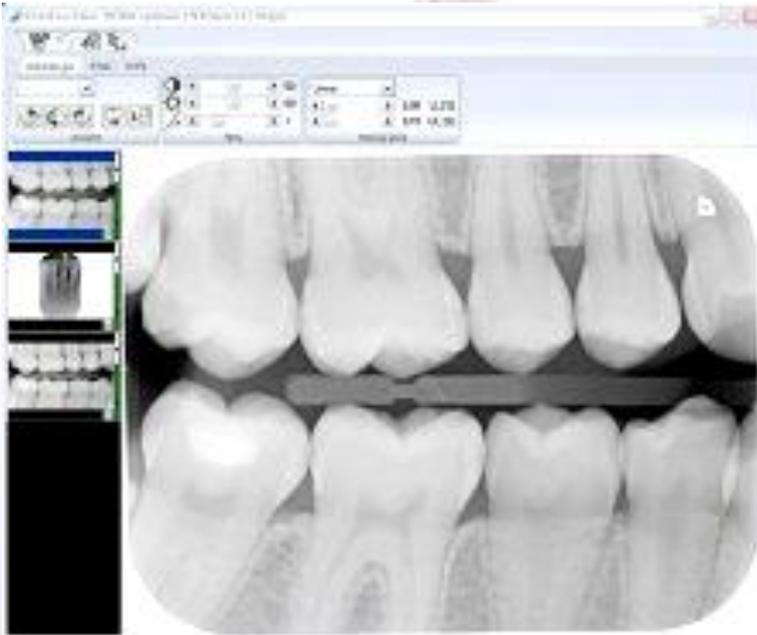
Título: Andréia Mesquita Aguiar Identidade: M-5 123.456 C.P.F.: 713.458.896-00 Data Retorno: 28/12/2005 Data Cadastro: 01/09/2005

Pendências: TRAZER RADIOGRAFIA

Informações | Diversos

Grava Apaga Novo Imprime Sair

*Cadastro de Paciente



Toda imagem estará sendo arquivada junto com o cadastro do paciente, sendo ela radiográfica ou fotográfica.



*Recepção do Paciente para o Exame



***Recepção do Paciente para o Exame**

Avisos:

- **Por questões de segurança, crianças não podem acompanhar os adultos durante o exame.**
- **O exame deve ser agendado.**
- **Paciente deve chegar à Clínica com 10 minutos de antecedência do horário agendado.**
- **Para a execução das radiografias, o colete de chumbo é dispensável, pois ele bloqueia o efeito da radiação e alguns exames será preciso o uso do protetor de tireoide.**
- **Deve usar o mínimo de acessórios possível: no momento do exame será solicitado sua retirada. Brincos, correntes, presilhas e piercings podem se sobrepor às estruturas em estudo, prejudicando o resultado do exame.**
- **Para documentação odontológica quase sempre é necessário fazer a moldagem da arcada. Se for o caso, fazer um jejum alimentar de 2 horas, para evitar náuseas e mal estar durante o exame.**
- **Avisar que toda equipe é treinada para dar todo o suporte aos pacientes, principalmente as crianças, pois é tomado cuidados especiais para executar os exames de maneira agradável e tranquila.**

*Recepção do Paciente para o Exame



*Anamnese do Paciente



❖ IDENTIFICAÇÃO

❖ HISTÓRIA MÉDICA

Doenças sistêmicas, alergias, uso de medicamentos.

❖ HISTÓRIA DO TRAUMATISMO

Traumatismos anteriores

Como, onde e quando? Ex. Impacto no mento,

Outros sintomas: alterações neurológicas

Mastigação? Intrusão? Alimentação?

***Orientação do Exame a ser realizado para o Paciente**

Todo processo antes de iniciar devemos, informar ao paciente qual é o exame e como ele será realizado. Estas informações ajudam no percurso do exame. Em alguns casos informar ao paciente a necessidade de sua colaboração , permite não repetir o exame.



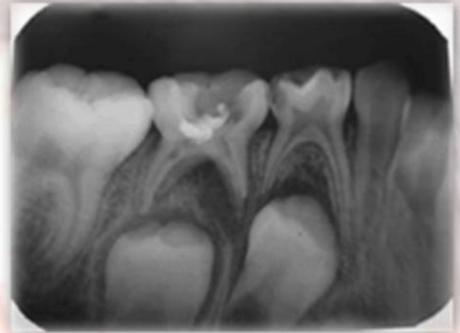
*Proteção radiológica para o Paciente



*Proteção radiológica para o Paciente



*Proteção radiológica para o Paciente



*Proteção radiológica para o Paciente



***Proteção de Biossegurança**

Assepsia = Ausência de matéria séptica



**As Luvas e
mascaras
descartáveis são
indispensáveis em
todo o processo.**



**Em todo momento as mãos
devem estar degerminizadas e o
local de uso deve estar sempre
limpo.**

Biossegurança da Radiologia Odontológica

Luvas



Filme com Envolto Plástico



Cadeira Radiológica



Posicionador



Solução Glutaraldeído

Avental Plumbífero



Cilindro Localizador



Painel de Controle
Prof. Richard Dias

Protetor de Tireoide

*Resultado Final



Celular: 021-9 9599-9861

**E-mail:
tr.richardsdias@gmail.com**



**Prof. Richard SDias
Técnico em Radiologia**