

TIMBRO STUDIO o NOMINATIVO PRESCRITTORE

NOMINATIVO PAZIENTE

DATA

### ESAMI 2D

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> ORTOPANORAMICA ADULTI                  | <input type="checkbox"/> TELECRANIO LL.                         |
| <input type="checkbox"/> ORTOPANORAMICA BAMBINI                 | <input type="checkbox"/> TELECRANIO AP                          |
| <input type="checkbox"/> ORTOPANORAMICA MULTIPLANARE - SMARTPAN | <input type="checkbox"/> TELECRANIO PA                          |
| <input type="checkbox"/> ORTOPANORAMICA CON EVENTUALI ENDORALI  | <input type="checkbox"/> ATM - STRATIGRAFIA                     |
| (Evidenziare i siti di interesse)                               | <input type="checkbox"/> FULL - ENDORALE (21 RADIOGRAMMI) SU CD |

### ESAMI 3D

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> ARCATA SUPERIORE                        | <input type="checkbox"/> EMIARCATA SUPERIORE DX   |
| <input type="checkbox"/> ARCATA INFERIORE                        | <input type="checkbox"/> EMIARCATA INFERIORE DX   |
| <input type="checkbox"/> ARCATA SUPERIORE E INFERIORE (COMPLETO) | <input type="checkbox"/> EMIARCATA SUPERIORE SX   |
| <input type="checkbox"/> MONOIMPIANTO                            | <input type="checkbox"/> EMIARCATA INFERIORE SX   |
| <input type="checkbox"/> ORECCHIO MEDIO                          | <input type="checkbox"/> ATM                      |
| (Evidenziare i siti di interesse)                                | <input type="checkbox"/> SENI NASALI E PARANASALI |

### QUESITO DIAGNOSTICO / NOTE AGGIUNTIVE

#### EVIDENZIARE SITI D'INTERESSE

8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8

#### NOTE ULTERIORI

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> SEZIONI ASSIALI                     | <input type="checkbox"/> VALUTAZIONE SENI MASCELLARI |
| <input type="checkbox"/> SEZIONI CORONALI                    | <input type="checkbox"/> VALUTAZIONE SENI PARANASALI |
| <input type="checkbox"/> VALUTAZIONE PER INCLUSIONE DI _____ |  |

(Evidenziare i siti di interesse)