

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 |
| (Barrare l'esame richiesto) | <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"/> ARCATA SUPERIORE E INFERIORE CON SENI | <input type="checkbox"/> EMIARCATA INFERIORE SX |
| <input type="checkbox"/> MONOIMPIANTO | <input type="checkbox"/> ATM |
| <input type="checkbox"/> ORECCHIO MEDIO | <input type="checkbox"/> SENI NASALI E PARANASALI |
| (Barrare l'esame richiesto) | |

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"/>
<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)