

li,

**PAZIENTE:**

**Età:**

**Si richiede per valutazione ortognatodontica:**

- Ortopantomografia delle arcate dentarie
- Teleradiografia in proiezione latero-laterale con cefalostato, con il capo in posizione naturale, a bocca chiusa, con le labbra rilassate con un rapporto di 1:1 (se in formato digitale)
  - Teleradiografia in proiezione postero-anteriore in cefalostato, con il capo in posizione naturale, a bocca chiusa
- Teleradiografia in proiezione basale del cranio a denti serrati in massima intercuspidação
- Politomografia lineare delle articolazioni temporo-mandibolare destra e sinistra dopo individualizzazione dell'asse condilare maggiore mediante radiografia del cranio in proiezione submento-vertice:
  - a bocca chiusa (massima intercuspidação)
  - in massima apertura
  - con bite di cera
- Radiografia indiretta delle articolazioni temporo-mandibolare destra e sinistra in proiezione transcraniale obliqua (con craniostato di Mongini - Preti)
- Radiografia endorale dei denti .....
- Radiografia oclusale dell'arcata mascellare /mandibolare
- Radiografia della mano destra per valutazione indice carpale
- Tomografia Computerizzata Dental Scan arcata mascellare / mandibolare
- Tomografia con metodica cone-beam tramite apparecchiatura Maxiscan dell'arcata mascellare/mandibolare con ricostruzione 3 D  
p e r  
valutazione.....  
.....
- Tomografia Computerizzata delle articolazioni temporo-mandibolare dx e sx
- Risonanza magnetica e delle articolazioni temporo-mandibolare dx e sx
- .....
- .....

**N.B. gli esami prescritti sono segnalati da una crocetta sulla apposita casella.**

**In fede**