**ANEXO XII**

Relatório Dosimétrico

(Modelo)

|  |
| --- |
| **Data da realização do exame radiográfico** |
| **Dados do paciente (nome, idade):** |
|  |
| **Responsável pelo procedimento:** | **Assinatura do Responsável:** |
|  |  |
| **Tipo de técnica Radiográfica:** |
|  | Técnica Periapical |  | Técnica Interproximal ou Bite Wing |
|  | Ortopantomografia |  | CBCT |

**Indicação Clínica**

* Suspeita/Avaliação de cáries
* Sinais de inflamação/infeção
* Evolução de tratamentos
* Avaliação pré-cirúrgica
* Suspeita de dentes inclusos
* Implantologia
* Fratura(s)
* Outro(s): […]

|  |
| --- |
| **Dose recebida pelo paciente (microsv):** |
|  |
| **N.º de exposições:** |
|  |
| **Observações:** |
|  |
|  |
|  |
|  |