

Arquivo pré-submissão

SOMENTE - PARA USO NO CONSULTÓRIO - NÃO ENVIE ESTE FORMULÁRIO

Este arquivo opcional pode ser usado para auxiliar no envio de um caso no dr.clearcorrect.com.

INFORMAÇÕES BÁSICAS

Data _____

Nome do dentista _____

Nome do paciente _____

Sexo do paciente Masculino Feminino Data de nascimento do paciente ____ / ____ / ____

Duração Recomendada Limite de ____ etapas

CONDIÇÃO EXISTENTE

Principal queixa:

Linha média superior

- centralizada
- desvio para direita ____ mm
- desvio para esquerda ____ mm

Linha média inferior

- centralizada
- desvio para direita ____ mm
- desvio para esquerda ____ mm

Relação de caninos

- direita: classe ____
- esquerda: classe ____

Relação de molares

- direita: classe ____
- esquerda: classe ____

INSTRUÇÕES Opções padrão estão destacadas em azul.

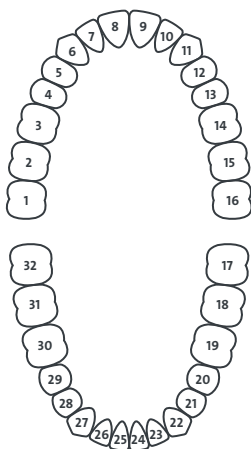
Tratar arcadas superior inferior

- | | | | |
|-----------------------------|------------------------------|--------------------------------|---------------------------------|
| Linha média superior | <input type="radio"/> manter | <input type="radio"/> melhorar | <input type="radio"/> idealizar |
| Linha média inferior | <input type="radio"/> manter | <input type="radio"/> melhorar | <input type="radio"/> idealizar |
| Overjet | <input type="radio"/> manter | <input type="radio"/> melhorar | <input type="radio"/> idealizar |
| Sobremordida | <input type="radio"/> manter | <input type="radio"/> melhorar | <input type="radio"/> idealizar |
| Forma da arcada | <input type="radio"/> manter | <input type="radio"/> melhorar | <input type="radio"/> idealizar |
| Relação de caninos | <input type="radio"/> manter | <input type="radio"/> melhorar | <input type="radio"/> idealizar |

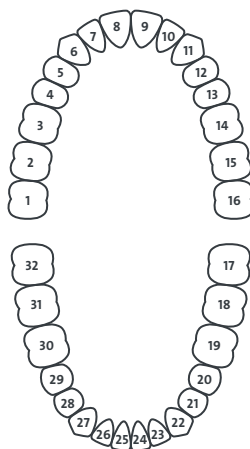
Relação de molares manter melhorar idealizar
Mordida cruzada posterior manter melhorar idealizar

- | | | | |
|-----------------------|---------------------------|---------------------------|--|
| Desgaste | <input type="radio"/> sim | <input type="radio"/> não | <input type="radio"/> apenas se necessário |
| Attachments | <input type="radio"/> sim | <input type="radio"/> não | <input type="radio"/> apenas se necessário |
| Vestibularizar | <input type="radio"/> sim | <input type="radio"/> não | <input type="radio"/> apenas se necessário |
| Expandir | <input type="radio"/> sim | <input type="radio"/> não | <input type="radio"/> apenas se necessário |
| Distalização | <input type="radio"/> sim | <input type="radio"/> não | <input type="radio"/> apenas se necessário |

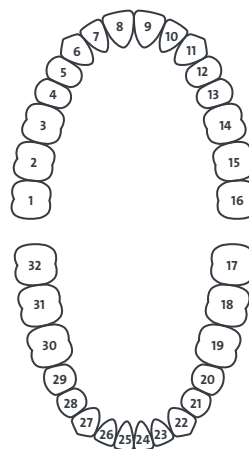
Evite attachments nestes dentes
(restaurações faciais, etc.)



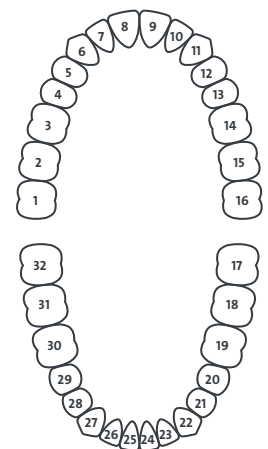
Eu extrairei estes dentes
antes do tratamento



Deixe estes espaços abertos



Não movimente estes dentes
(próteses fixas múltiplas, dentes anquilosados, etc.)



Outras instruções: