

REQUISIÇÃO EXAME DE IMAGEM: RADIOGRAFIA E ULTRASSONOGRAFIA

Nº _____

Nome: _____ Idade: _____ Sexo: _____ Peso: _____
Espécie: _____ Raça: _____ Castrado(a): ☐ Sim ☐ Não
Tutor: _____ Telefone: _____ Email: _____
Histórico clínico / sintomas: _____

Suspeita clínica: _____

RADIOGRAFIA

☐ **SIMPLES**

☐ **CONTRASTADA**

ESQUELETO AXIAL

Coluna vertebral (segmentos)

- ☐ Cervical
☐ Cervicotorácico
☐ Torácico
☐ Toracolombar
☐ Lombar
☐ Lombossacral
☐ Sacrococcígeo
☐ Coccígeas

Crânio

- ☐ Art. Temporomandibular
☐ Maxilar
☐ Mandíbula
☐ Seios nasais
☐ Seios frontais
☐ Bula timpânica
☐ Total

Tórax

- ☐ Costelas
☐ Esterno

ESQUELETO APENDICULAR

Membro torácico

- ☐ Direito ☐ Esquerdo
☐ Escápula
☐ Art. Escápulo-umeral
☐ Úmero
☐ Art. Úmero-rádio-ulnar
☐ Rádio e ulna
☐ Art. Antebraquiocarpal
☐ Metacarpos
☐ Falanges

Membro pélvico

- ☐ Direito ☐ Esquerdo
☐ Art. Coxofemoral
☐ Fêmur
☐ Art. Fêmoro-Tíbio-Patelar
☐ Patela
☐ Tíbia e Fíbula
☐ Art. Tarsocrural
☐ Metatarsos
☐ Falanges

Pelve

- ☐ Total

TÓRAX

- ☐ Pesquisa de metástase
☐ Pulmão
☐ Coração
☐ Traqueia
☐ Esôfago

ABDÔMEN

- ☐ Total

CERVICAL

- ☐ Traqueia
☐ Esôfago

OUTROS ÓRGÃOS / REGIÕES

- ☐ Cavidade celomática

Planejamento para TPLO

- ☐ Direito ☐ Esquerdo

ULTRASSONOGRAFIA

- ☐ Abdominal
☐ Abdominal + cistocentese guiada por ultrassom
☐ Gestacional
☐ Cardíaca
☐ Torácica

- ☐ Cervical
☐ Ocular
☐ Craniana
☐ Musculoesquelética – Região: _____

Data: ____/____/____ Assinatura Médico Veterinário/CRMV: _____

Agendamentos pelo telefone: (54) 3218-2081 ou WhatsApp (54) 9904-9952

Se necessário enviar todos os resultados dos exames de diagnóstico por imagem anteriores e exames pré-requisitos para o agendamento do exame de tomografia computadorizada. No dia do exame de tomografia computadorizada, trazer esta requisição e seguir as recomendações de jejum hídrico e alimentar.