

REQUISIÇÃO EXAME DE IMAGEM: TOMOGRAFIA

Nº _____

Nome: _____ **Idade:** _____ **Sexo:** _____ **Peso:** _____
Espécie: _____ **Raça:** _____ **Castrado(a):** Sim Não
Tutor: _____ **Telefone:** _____ **Email:** _____

Histórico clínico /sintomas:

Suspeita clínica:

Médico Veterinário

Requisitante:

Telefone: _____

Email: _____

Já recebeu algum tipo de contraste? Sim Não

Se sim, qual via? Via oral Intravenoso Via uretral Via retal

Houve reação ao contraste? Sim Não - Se sim, qual foi?

Está tomando alguma medicação? Sim Não

Qual(is)? Em qual dose e frequência?

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA – REGIÃO
Marque a região e estruturas de interesse para o estudo

Cabeça / face	Membro torácico
<input type="checkbox"/> Crânio (encéfalo) e órbita	<input type="checkbox"/> Direito <input type="checkbox"/> Esquerdo
<input type="checkbox"/> Cavidade nasal e seios paranasais	<input type="checkbox"/> Escápula
<input type="checkbox"/> Ovidos	<input type="checkbox"/> Articulação escápulo-umeral
<input type="checkbox"/> Cavidade oral	<input type="checkbox"/> Úmero
<input type="checkbox"/> Laringe e faringe	<input type="checkbox"/> Articulação úmero-rádio-ulnar
Coluna vertebral – segmentos*	<input type="checkbox"/> Rádio e ulna
<input type="checkbox"/> Cervical (Base do crânio até T2)	<input type="checkbox"/> Articulação antebraquiacarpal
<input type="checkbox"/> Cervico-torácico (C3 a T8)	<input type="checkbox"/> Metacarpos
<input type="checkbox"/> Torácica (T1-T13)	<input type="checkbox"/> Falanges
<input type="checkbox"/> Toracolombar (T3-L3)	<input type="checkbox"/> Estudo para desvio angular
<input type="checkbox"/> Lombar (L1-S1)	
<input type="checkbox"/> Lombossacra (L4-S3)	Membro pélvico
<input type="checkbox"/> Sacrococcígeo (S1 até o final da cauda)	<input type="checkbox"/> Direito <input type="checkbox"/> Esquerdo
<input type="checkbox"/> Com mielotomografia*	<input type="checkbox"/> Fêmur
<input type="checkbox"/> Pescoço partes moles (linfonodos, tireoide, traqueia)	<input type="checkbox"/> Articulação fêmoro-tíbio-patelar
<input type="checkbox"/> Tórax / mediastino	<input type="checkbox"/> Tibia e fibula
<input type="checkbox"/> Abdômen	<input type="checkbox"/> Articulação tarsocrural
<input type="checkbox"/> Pelve	<input type="checkbox"/> Metatarcos
<input type="checkbox"/> Cavidade celomática	<input type="checkbox"/> Falanges
	<input type="checkbox"/> Estudo para desvio angular / luxação patela

Cada região corpórea ou segmento da coluna vertebral corresponde a um estudo. ***Exames de mielotomografia**, quando solicitados, serão realizados exclusivamente para pacientes de neurologistas com atuação no IHVET-UCS. O agendamento e execução do procedimento são de responsabilidade do próprio profissional neurologista. Cada lado (direito ou esquerdo), no caso de membros, corresponde a um estudo.

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