

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

- ☐ Crânio (encéfalo) e órbita
- ☐ Cavidade nasal e seios paranasais
- ☐ Oúvidos
- ☐ Cavidade oral
- ☐ Laringe e faringe

Coluna vertebral – segmentos*

- ☐ Cervical (Base do crânio até T2)
- ☐ Cérvico-torácico (C3 a T8)
- ☐ Torácica (T1-T13)
- ☐ Toracolombar (T3-L3)
- ☐ Lombar (L1-S1)
- ☐ Lombossacra (L4-S3)
- ☐ Sacrococcígeo (S1 até o final da cauda)
- ☐ Com mielotomografia*
- ☐ Pescoço partes moles (linfonodos, tireoide, traqueia)
- ☐ Tórax / mediastino
- ☐ Abdômen
- ☐ Pelve
- ☐ Cavidade celomática

Membro torácico

- ☐ Direito ☐ Esquerdo
- ☐ Escápula
- ☐ Articulação escápulo-umeral
- ☐ Úmero
- ☐ Articulação úmero-rádio-ulnar
- ☐ Rádio e ulna
- ☐ Articulação antebráquicarpal
- ☐ Metacarpos
- ☐ Falanges
- ☐ Estudo para desvio angular

Membro pélvico

- ☐ Direito ☐ Esquerdo
- ☐ Fêmur
- ☐ Articulação fêmoro-tíbio-patelar
- ☐ Tíbia e fíbula
- ☐ Articulação tarsocrural
- ☐ Metatarsos
- ☐ Falanges
- ☐ 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