

SKIEROWANIE NA BADANIE TOMOGRAFII KOMPUTEROWEJ

Dane pacjenta:			
Imię*		Gatunek*	
Rasa*		Płeć*	
Wiek*		Waga*	

Dane opiekuna:			
Nazwisko i imię*			
Adres*			
Telefon*		Email*	

Dane kierującego ZLZ / Lekarza weterynarii	
Telefon*	
Email*	

Pieczętka*

PROSZĘ O WYKONANIE BADANIA TK - PROSZĘ WYBRAĆ CZĘŚĆ CIAŁA / OKOLICĘ

Głowa 	Mózgowie Trzewioczaszka Jamy nosowe Ucho środkowe/wewn. Oczodoły Cała głowa Układ stomatognatyczny	Klatka piersiowa 	Śródpiersie Ściana klatki Płuca Drzewo oskrzelowe Cała kl. piersiowa	Jama brzuszna / Jama miedniczna 	Narządy wewnętrzne Wielofazowe badanie układu moczowego PSS Cała j. brzuszna
Kręgosłup 	Szyjny (C1-Th2) Piersiowo-lędźwiowy (Th3-L3) Lędźwiowo-krzyżowy (L1-S3) Cały kręgosłup (C1-S3) Mielo-TK (jaki obszar)	Układ kostno-szkieletowy 	Kończ. piersiowe (całe) Kończ. miedniczne (całe) Biodra St. kolanowe St. skokowe St. ramienne St. łokciowe Nadgarstki	Badanie przesiewowe 	Choroba nowotworowa Profilaktyczne przesiewowe
Inne (wskazać jakie)					

Podejrzenie kliniczne*		
Dołączone dokumenty	Badania krwi Morfologia, glukoza, mocznik, kreatynina, ALKP, bilirubina całkowita, albuminy, Na, K. RTG Echo serca	W razie dodatkowej konsultacji: Historia choroby USG TK MRI

Przeciwwskazania do podania kontrastu*	
Choroby przewlekłe, podawane leki mające wpływ na bezpieczeństwo badania TK*	
Przeciwwskazania do znieczulenia ogólnego?*	

Data, podpis i pieczętka kierującego lek. wet.