



REQUISIÇÃO DE TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA

Nome do Paciente: _____ Sexo: _____ Idade: _____

Espécie: _____ Raça: _____ Peso: _____ Kg

Tutor/responsável: _____ Telefone: _____

Clínica/Hospital: _____ Telefone: _____

Médico Veterinário: _____ e-mail: _____

Histórico Clínico: _____

Suspeita Diagnóstica: _____

Exames Complementares Prévios: _____

REGIÃO DE ESTUDO TOMOGRÁFICO:

- | | | |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Crânio | <input type="checkbox"/> Pescoço (partes moles) | <input type="checkbox"/> Tórax |
| <input type="checkbox"/> Abdome | <input type="checkbox"/> Pelve | <input type="checkbox"/> Membro Apendicular* |
| <input type="checkbox"/> Coluna Cervical** | <input type="checkbox"/> Coluna Cervico-Torácica** | <input type="checkbox"/> Coluna Torácica** |
| <input type="checkbox"/> Coluna Toraco-Lombar** | <input type="checkbox"/> Coluna Lombar** | <input type="checkbox"/> Coluna Lombo-Sacra** |

Observações: _____

* Determinar qual o membro e/ou articulação de interesse para estudo tomográfico. ** Determinar os corpos vertebrais do estudo tomográfico.

Campinas, / /

Carimbo e Assinatura do Médico Veterinário

Av. Francisco José de Camargo Andrade, 111
Jd. Chapadão - Campinas-SP - CEP 13070-055

(19) 3242 2408 | (19) 9 9820 9049

www.hospitalverlengia.com.br

