



HOSPITAL VETERINÁRIO SANTA INÊS

Av. Santa Inês, 1.357 - Santana - CEP 02415-001 - São Paulo
Fone/Fax: (11) 2265.6911 - 2265.6447
web site: www.santainesvet.com.br

SETOR DE DIAGNÓSTICO POR IMAGEM REQUISIÇÃO DE TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA

Nome do Animal: _____ Sexo: _____ Idade: _____
Espécie: _____ Raça: _____ Peso: _____ Kg
Proprietário: _____ Tel.: _____
Clínica: _____ Tel.: _____
Veterinário: _____ E-mail: _____
Data: ____ / ____ / ____ Assinatura: _____ Carimbo: _____

Histórico: _____

Suspeita Diagnóstica: _____

Exames Complementares Prévios: _____

Região de Interesse: _____

Região:	Segmento:	Contraste IV:
<input type="checkbox"/> Crânio	<input type="checkbox"/> Seios Nasais / Paranasais	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> Parênquima Cerebral	<input type="checkbox"/> (R)
	<input type="checkbox"/> Trauma	<input type="checkbox"/> (R)
	<input type="checkbox"/> Órbita	<input type="checkbox"/> (R)
	<input type="checkbox"/> Condutos Auditivos	<input type="checkbox"/>

Observações: _____

Região:	Segmento:	Contraste IV:
<input type="checkbox"/> Cervical	<input type="checkbox"/> Cervical Tecidos Moles	<input type="checkbox"/> (R)
	<input type="checkbox"/> Cervical Total com Contraste IV + Citologia	
	<input type="checkbox"/> Cervical Total com Contraste IV + Biópsia Guiada	

Observações: _____

Região: **Segmento:** **Contraste (Mielotomografia)**

- | | | |
|---------------------------------|--|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> Coluna | <input type="checkbox"/> Cervical Completa | <input type="checkbox"/> |
| | <input type="checkbox"/> Torácica Completa | <input type="checkbox"/> |
| | <input type="checkbox"/> Toraco-Lombar (T9 - L3) | <input type="checkbox"/> |
| | <input type="checkbox"/> Lombar Completa | <input type="checkbox"/> |
| | <input type="checkbox"/> Lombo Sacra (L5 - S3) | <input type="checkbox"/> |

Observações: _____

Região: **Segmento:** **Contraste IV:**

- | | | |
|---------------------------------|---|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> Membro | <input type="checkbox"/> Torácico Total D | <input type="checkbox"/> |
| | <input type="checkbox"/> Torácico Total E | <input type="checkbox"/> |
| | <input type="checkbox"/> Pélvico Total D | <input type="checkbox"/> |
| | <input type="checkbox"/> Pélvico Total E | <input type="checkbox"/> |
| | <input type="checkbox"/> Fratura / Trauma | <input type="checkbox"/> |

Contraste / Artrografia:

- | | |
|--|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> Articulação _____ | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Articulação _____ | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Citologia de Membro _____ guiada com contraste IV | |
| <input type="checkbox"/> Biópsia de Membro _____ guiada com contraste IV | |

Observações: _____

Região: **Segmento:**

- | | |
|--------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Tórax | <input type="checkbox"/> Total |
| | <input type="checkbox"/> Total com contraste IV |
| | <input type="checkbox"/> Total com contraste IV + citologia |
| | <input type="checkbox"/> Total com contraste IV + biópsia guiada |

Observações: _____

Região: **Segmento:**

- | | |
|---------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Abdome | <input type="checkbox"/> Total |
| | <input type="checkbox"/> Total com contraste IV |
| | <input type="checkbox"/> Total com contraste IV e VO |
| | <input type="checkbox"/> Total com contraste IV + urografia excretora |
| | <input type="checkbox"/> Pelve (trauma) |
| | <input type="checkbox"/> Total com contraste IV + citologia |
| | <input type="checkbox"/> Total com contraste IV + biópsia guiada |

Observações: _____

OBS. 1: PACIENTE C/ INSUFICIÊNCIA RENAL, CONTRA-INDICADO O USO DE CONTRASTE.

Dúvidas e maiores esclarecimentos, favor entrar em contato.

OBS. 2: RECONSTRUÇÃO EM 3D SOLICITAR EM OBSERVAÇÕES.