



**REQUISIÇÃO DE EXAME**

**PACIENTE:**

Nome:

Espécie:  Idade:

Raça:

Sexo:  Peso:

Proprietário:

Telefone:

E-mail:

Endereço:

CEP:

Suspeita Clínica:

Histórico Clínico:

**MÉDICO VETERINÁRIO:**

Nome:

CRMV:

Telefones:

E-mail:

Data:

Assinatura e Carimbo:

**TOMAGRAFIA COMPUTADORIZADA:**

FAZ USO DE MEDICAÇÕES? QUAIS? \_\_\_\_\_

POSSUI IMPLANTES DE METAL? \_\_\_\_\_ SUSPEITA DE GESTAÇÃO? \_\_\_\_\_

TÓRAX     MIELOTOMOGRÁFIA

COLUNA VERTEBRAL

Cervical (C1-C7)

Cervicotorácica (C4-T3)

Torácica (T1-T13)

Tóracolombar (T3-L3)

Lombosacral (L1-S3)

Cauda

CABEÇA

Crânio

Cav. nasais/seios frontais

ATM

Bulas Timpânicas

Mandíbulas

MEMBRO TORÁCICO

dir  esq Ombro (escapulo-umeral)

dir  esq Úmero

dir  esq Cotovelo (Úmero-radio-ulnar)

dir  esq Carpo-metacarpo

dir  esq Metacarpo - falanges

PLEXO BRAQUIAL

Direito

Esquerdo

PESCOÇO

Tireóide

Interescapular

Partes moles: \_\_\_\_\_

Outros: \_\_\_\_\_

MEMBRO PÉLVICO

dir  esq Coxo-femoral simples

dir  esq Coxo-femoral com sedação

dir  esq Joelho (femuro-tíbio-patelar)

dir  esq Calcâneo (Tíbio-társica)

dir  esq Tarso-metatarso

dir  esq Metatarso-falanges

ABDOME

Total

Fígado / Baço

Urinário

Outros: \_\_\_\_\_

OUTROS: \_\_\_\_\_