



FORMULARZ SKIEROWANIA NA BADANIE CT

(Informacje wymagane do przeprowadzenia diagnostyki obrazowej)

DANE LECZNICY KIERUJĄCEJ / MIEJSCE NA PIECZĄTKĘ

DANE WŁAŚCICIELA PACJENTA

Imię i Nazwisko: _____

INFORMACJE O PACJENCIE

Imię:	Rasa:	Masa ciała:	Wiek:
Gatunek:	Płeć:		
☐ Kot ☐ Pies	☐ Samiec ☐ Samiec kastrat ☐ Samica ☐ Samica kastrowana		

HISTORIA MEDYCZNA

Obecnie przyjmowane leki / choroby mające wpływ na przebieg znieczulenia

Ostatnie znieczulenie (data, preparaty, komplikacje):

Wywiad i rozpoznanie kliniczne:

OBSZAR BADANIA

Obszary anatomiczne:	Stawy:	Kręgosłup i specjalne:
☐ Głowa	☐ Stawy nadgarstkowe	☐ Kręgosłup C1-Th2
☐ Szyja	☐ Stawy łokciowe	☐ Kręgosłup Th2-S3
☐ Klatka piersiowa [☐ AngioCT]	☐ Stawy ramienne	☐ Cały kręgosłup C1-S3
☐ Jama brzuszna [☐ UroCT ☐ AngioCT]	☐ Stawy skokowe	☐ MieloCT
☐ Jama miedniczna	☐ Stawy kolanowe	
	☐ Stawy biodrowe	

Zastosowanie kontrastu:

☐ TAK ☐ NIE

Uwaga: Prosimy o załączenie wyników innych badań diagnostycznych (morfologia, biochemia, RTG, USG).