



### SKIEROWANIE NA BADANIE TOMOGRAFII KOMPUTEROWEJ

#### Dane pacjenta:

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

#### Dane opiekuna:

Imię*:	Nazwisko*:	Telefon*:
Adres*:		E-mail*:

#### Dane kierującego ZLZ / Lekarza weterynarii

Email\*

Telefon\*

#### Pieczętka\*

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

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

#### 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.

**\*POLE OBOWIĄZKOWE**