

Solicitação De Tomografia Computadorizada

Nome do tutor:	Cidade:	Data:
Nome do paciente:	Espécie:	Raça:
Idade:	Sexo:	Peso:
Veterinário responsável:	Clínica veterinária:	
Telefone para contato:	E-mail:	
Histórico clínico:		
Suspeita clínica:		

Abdômen

- Abdômen total
 Fígado/baço
 Urinário
 Outros:

Cabeça

- Crânio
 Encéfalo
 Órbita
 Orelhas/ bula timpânica
 Cavidades nasais
 Cavidade oral

Coluna vertebral/medula espinhal

- Coluna vertebral/medula espinhal
 Cervical (C1-C7)
 Cervicotorácica (C6-T2)
 Toracolombar (T3-L3)
 Lombar (L1-L7)
 Lombossacral (L4-S3)
 Sacrococcígea (S1 – caudais)

Membro pélvico

- | | Direito | Esquerdo |
|-----------------|--------------------------|--------------------------|
| Pelve (quadril) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Coxa | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Joelho | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Perna | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Tornozelo e pé | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Pé e dedos | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Região do pescoço

- Tireoide
 Interescapular
 Tecidos moles
 Especificar:
 Outros:

Tórax

- | Membro torácico | Direito | Esquerdo |
|-----------------|--------------------------|--------------------------|
| Ombro | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Braço | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Cotovelo | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Antebraço | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Punho e mão | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Mão e dedos | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

.....
Assinatura do médico veterinário responsável