



OSPEDALE VETERINARIO I PORTONI ROSSI

Direttore Sanitario Dott. Daniele Terni

U.O. DIAGNOSTICA PER IMMAGINI

Richiesta di esame tomografico computerizzato

Il servizio di Diagnostica per immagini dell'Ospedale Veterinario I Portoni Rossi effettua indagini sui casi clinici provenienti dalle varie U.O. dello stesso ospedale e da medici veterinari referenti esterni; i Colleghi referenti esterni possono richiedere direttamente esami TC, per i quali si richiede la compilazione del seguente modello.

Questo modello deve essere **OBBLIGATORIAMENTE** inviato almeno due giorni lavorativi prima della data fissata per l'esame al servizio di DIAGNOSTICA PER IMMAGINI tramite mail diagnostica@portonirossi.it o fax (051.755876); qualora l'urgenza del caso non permettesse di rispettare la tempistica appena descritta, si prega di contattare telefonicamente il servizio di Diagnostica per Immagini (051.755233).

Il presente modello deve essere corredato di:

- 1) Esame completo del sangue (esame emocromocitometrico e biochimico, comprensivo di elettroliti)
- 2) Esame coagulativo (pT, apTT, Fibrinogeno) in caso di contemporanea richiesta di prelievi citologici/istologici.
- 3) Valutazione della funzionalità cardiaca, in presenza di alterazioni dell'apparato cardio-circolatorio.

In caso di impossibilità nell'eseguire gli esami ematobiochimici e coagulativo presso il medico curante, questi potranno essere eseguiti, con paziente a DIGIUNO, dal Laboratorio Analisi dell'Ospedale il giorno stesso della TC barrando la seguente casella.
(in tal caso l'appuntamento verrà anticipato di due ore rispetto all'orario effettivo dello studio).

Per un corretto svolgimento dell'esame TC, devono essere compilati **TUTTI** i campi; inoltre si informano i Colleghi che, in riferimento alla sezione "Regione anatomica da indagare", in corso di esame TC potrebbe rendersi necessario, ai fini diagnostici, estendere l'esame ad altri distretti oltre a quello richiesto; la variazione di esame e di prezzo sarà comunicata anticipatamente al Collega referente ed al Proprietario.

Medico Veterinario referente:

Cognome e nome:
Ambulatorio/clinica:
Indirizzo:
Telefono:
E-mail:

Proprietario (intestatario della fattura):

Cognome e nome:
Codice fiscale:
Indirizzo:
Telefono:
E-mail:

Paziente:

Specie: Razza: Età:
Sesso: Nome: Peso:

Localizzazione della lesione:

Cranio
Collo
Torace
Addome
Pelvi
Rachide
Scheletro appendicolare

Regione anatomica da indagare:

Singolo distretto (barrare il distretto richiesto):

- Cranio
- Collo
- Torace
- Addome
- Pelvi
- Colonna
- Ginocchia
- Gomiti
- Spalle

Total body

Anamnesi, sospetto clinico ed eventuali terapie in corso:

Richiesta di altri esami* da effettuare contestualmente alla TC:

Prelievo citologico Prelievo istologico

*N.B. Il personale dell'ospedale si riserva di non effettuare tale prova se il livello di rischio è giudicato troppo elevato e/o se tali rischi non vengono accettati dal Proprietario.

Si prega di inviare il modulo all'indirizzo di posta diagnostica@portonirossi.it o fax 051.755876