



MODULO INVIO PAZIENTI

RIFERITO DAL DR. _____ CLINICA/AMBULATORIO: _____

INDIRIZZO: _____ CITTA': _____

TEL. _____ FAX. _____ EMAIL _____

COME PREFERISCI ESSERE CONTATTATO? FAX TELEFONO E-MAIL

RIFERITO AL DR. _____

SI RICHIEDE ESAME TC DEL DISTRETTO:

- CRANIO
- BOLLE TIMPANICO
- CAVITA' NASALI
- REGIONE DEL COLLO
- TORACE
- ADDOME
- FEGATO (NPL SHUNT)
- TOTAL BODY (collo, torace, addome)
- ENCEFALO
- RACHIDE : cervicale toraco-lombaro lombo-sacrale
- MIELO TC
- ARTICOLAZIONI: anca ginocchio tarso spalla gomito carpo
- OSSA bacino femore tibia piede scapola omero radio ulna mano
- ALTRO

SI RICHIEDE INOLTRE:

- BIOPSIA TC GUIDATA
- PRELIEVO LIQUIDOARTICOLARE
- PRELIEVO LIQUIDO CEFALORACHIDIANO

ESAMI EMATO-BIOCHIMICI * : EFFETTUATI DA EFFETTUARE

VISITA CARDIOLOGICA: EFFETTUATA DA EFFETTUARE

VISITA SPECIALISTCA DI CONSULTO: RICHIESTA NON RICHIESTA

- profilo minimo richiesto: emocromocitometrico con formula – BUN; CREA;GLU; PROT.TOT;ALBUMINE; ALP; ALT; AST; COLESTEROLO;
- Per biopsie TC guidate, Mielografia o prelievo di LCR si richiede profilo coagulativo di base

NOME CLIENTE	NOME DELL'ANIMALE:		
INDIRIZZO:	SPECIE:	RAZZA:	ETA':
TEL.	SESSO:	PESO:	

BREVE ANAMNESI:

SOSPETTO DIAGNOSTICO:

RICHIESTE PARTICOLARI:
