

**VetMr WETERYNARYJNA PRACOWNIA
REZONANSU MAGNETYCZNEGO
I TOMOGRAFII KOMPUTEROWEJ**
dr n. wet. Dariusz Niedzielski
tel: +48 71 700 04 73
ul. Krzywoustego 105/22 51-166 Wrocław
repcja@klinikapsaikota.pl



SKIEROWANIE NA BADANIE REZONANSU MAGNETYCZNEGO

Nazwisko i imię lekarza kierującego:

Telefon kontaktowy lekarza kierującego:

Nazwisko i imię właściciela:

Dane zwierzęcia: imię, gatunek, rasa, data urodzenia, płeć, masa ciała:

.....
.....

Aktualnie przyjmowane leki:

.....

Ostatnie znieczulenie pacjenta (data, zastosowane leki, powikłania)

.....

Wywiad, rozpoznanie kliniczne, cel badania:

.....
.....

Rejon badania:

.....

- | | | | |
|------------------|--------------------------|----------------|--------------------------|
| Głowa | <input type="checkbox"/> | Kręgosłup C/Th | <input type="checkbox"/> |
| Kręgosłup C1-C5 | <input type="checkbox"/> | Kręgosłup Th/L | <input type="checkbox"/> |
| Kręgosłup C6-Th2 | <input type="checkbox"/> | Kręgosłup L/S | <input type="checkbox"/> |
| Kręgosłup Th3-L3 | <input type="checkbox"/> | | |
| Kręgosłup L4-S3 | <input type="checkbox"/> | | |
| Kontrast TAK | <input type="checkbox"/> | | |
| Kontrast NIE | <input type="checkbox"/> | | |

Cel badania:

.....
.....

Prosimy o załączenie do skierowania wyników innych badań (badania krwi, RTG, USG).

pieczętka i podpis lekarza kierującego