



## SKIEROWANIE NA BADANIE REZONANSU MAGNETYCZNEGO

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:

.....

- |                                           |                                                                        |
|-------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Głowa            | <input type="checkbox"/> Kontrast TAK                                  |
| <input type="checkbox"/> Kręgosłup C1-C5  | <input type="checkbox"/> Kontrast NIE                                  |
| <input type="checkbox"/> Kręgosłup C6-Th2 |                                                                        |
| <input type="checkbox"/> Kręgosłup Th3-L3 | Badanie płynu mózgowo-rdzeniowego:                                     |
| <input type="checkbox"/> Kręgosłup L4-S3  | <input type="checkbox"/> badanie podstawowe PMR                        |
| <input type="checkbox"/> Kręgosłup C/Th   | (bad. biochemiczne, bad. cytologiczne, odczyny Pandiego i None-Apelta) |
| <input type="checkbox"/> Kręgosłup Th/L   | <input type="checkbox"/> badanie rozszerzone PMR - PIES                |
| <input type="checkbox"/> Kręgosłup L/S    | (bad. podstawowe, Neospora caninum, Toxoplasma gondii, wirus nosówki)  |
|                                           | <input type="checkbox"/> badanie rozszerzone PMR - KOT                 |
|                                           | (badanie podstawowe, Toxoplasma gondii)                                |

Nazwisko i imię lekarza kierującego:

.....

Telefon kontaktowy lekarza kierującego:

.....

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

pieczętka i podpis lekarza kierującego