

Requisição de Exames

Nome: _____ Espécie: _____

Raça: _____ Idade: _____ Sexo: _____

Proprietário: _____ Fone: _____

M.V.: _____ CRMV: _____ Fone: _____

E-mail Prop.: _____ E-mail M.V. _____

 Ultrassonografia Abdominal **Radiologia****Coluna:**

- Cervical
- Cervicotorácica
- Torácica
- Tóraco-lombar
- Lombar
- Lombossacra
- Coccígea

Membro Torácico:

- Direito Esquerdo
- Escápula
- Articulação Escapulo-umeral
- Úmero
- Articulação Umero-radio-ulnar
- Rádio e Ulna
- Articulação Antebraquiocarpal e Falanges

Crânio:

- Cavidade Nasal
- Forâmen Magno
- Pino Odontóide
- Seios Frontais
- Sínfise Mandibular
- Outros (especificar) _____

Membro Pélvico:

- Direito Esquerdo
- Articulações Coxofemorais
- Fêmur
- Articulação Femoro-tibio-patelar
 - Padrão Patela RLCC
- Tíbia e Fíbula
- Articulação Tarsocrural e Falanges

Contrastados:

- Esofagografia
- Trânsito Gastrointestinal
- Enema
- Urografia Excretora
- Cistografia
- Mielografia

 Tórax

- Tórax (Pesq. De Metástases)
- Traquéia
- Esôfago
- Abdome
- Pelve
- Pelve (DCF)

 Outros (especificar) _____

Manifestações e suspeita clínica e/ou observações: _____

Data ___/___/___ Assinatura do Médico Veterinário _____