

ORDEN PARA TOMOGRAFÍA



Tac Vet

Nombre Paciente: _____ **Especie:** _____

Raza: _____ **Edad:** _____ **Peso:** _____

Propietario: _____

Fono contacto: _____ **mail:** _____

Clínica: _____ **M. Tratante:** _____

Signos _____

Prediagnósticos _____

Comentario _____

Solicito TC de:

Fecha _____

Cráneo

Encéfalo

Cavidad nasal

Partes pequeñas (Bullas, ATM, hipófisis)

Otro _____

Columna

Segmento _____

Hernia Masa Otro _____

Cuello (laringe a entrada de tórax)

Sospecha _____

Masa Otro _____

Tórax

Mediastino Pulmón

Otro _____

Pelvis/Canal pélvico/perianal

Sospecha _____

Abdomen (celoma)

Shunt

UroTC.

Masa

Partes pequeñas (colédoco, uréteres, páncreas)

Otro _____

Miembro Torácico Pélvico

Articulación, indique _____

Hueso, indique _____

Desviaciones angulares

Meniscos/Ligamento cruzado

Otro, cual _____

Neoplasia

Displasia

Citología

Reconstrucción 3D

Se requiere adjuntar hemograma y perfil bioquímico del paciente.

Si el Paciente presenta SOPLO, TAQUICARDIA o es CARDIÓPATA, por favor adjuntar pase del cardiólogo para estudio bajo anestesia.

Contacto:

tacvetpoint@gmail.com

tacvetiquique@gmail.com

www.tacvet.cl

Andrea Flores +56 9 9695 2791

Zoomundo Iqq +56 9 3241 6474

Dirección Santiago: Eliecer Parada 2045, Ñuñoa; Clínica NeuroVet

Dirección Iquique: Pedro Aguirre Cerda 2012 ; Clínica ZooMundo