

SKIEROWANIE NA BADANIE REZONANSU MAGNETYCZNEGO

Dane pacjenta				Dane opiekuna			
Imię*		Gatunek*		Imię i nazwisko*			
Rasa*		Płeć*		Adres*			
Wiek*		Waga*		Telefon*		E-mail	

Dane kierującego - lekarza weterynarii		Pieczątko lekarza weterynarii*
Telefon		
E-mail		

PROSZĘ O WYKONANIE BADANIA MRI - PROSZĘ WYBRAĆ CZĘŚĆ CIAŁA / OKOLICĘ

Głowa <input type="checkbox"/> Mózgowie <input type="checkbox"/> Trzewioczaszka	Kręgosłup <input type="checkbox"/> Szyjny (C1-Th2) <input type="checkbox"/> Piersiowo-lędźwiowy (Th3-L3) <input type="checkbox"/> Lędźwiowo-krzyżowy (L1-S3) <input type="checkbox"/> Cały kręgosłup (C1-S3)	Inne (wskazać jakie)
--	---	-----------------------------

Badanie płynu mózgowo-rdzeniowego

Proszę o wykonanie konsultacji neurologicznej w Protonie

Objawy / podejrzenie kliniczne / neurolokalizacja

Załączone dokumenty <input type="checkbox"/> Morfologia krwi <input type="checkbox"/> Biochemia podstawowa <input type="checkbox"/> RTG <input type="checkbox"/> ECHO serca <input type="checkbox"/> Inne:	Pozostałe dokumenty: <input type="checkbox"/> Historia choroby <input type="checkbox"/> USG <input type="checkbox"/> TK <input type="checkbox"/> MRI
--	---

Przeciwwskazania do podania kontrastu*

Choroby przewlekłe, podawane leki*

Przeciwwskazania do znieczulenia ogólnego?*