

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				Pieczątką lekarza weterynarii*			
Telefon							
E-mail							

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

Głowa ☐ Mózgowie ☐ Trzewioczaskza	Kręgosłup ☐ Szyjny (C1-Th2) ☐ Piersiowo-lędźwiowy (Th3-L3) ☐ Lędźwiowo-krzyżowy (L1-S3) ☐ Cały kręgosłup (C1-S3)	Inne (wskazać jakie)
☐ Badanie płynu mózgowo-rdzeniowego		
☐ Proszę o wykonanie konsultacji neurologicznej		
Objawy / podejrzenie kliniczne / neurolokalizacja		
Załączone dokumenty	☐ Morfologia krwi ☐ Biochemia podstawowa ☐ RTG ☐ ECHO serca ☐ Inne:	Pozostałe dokumenty: ☐ Historia choroby ☐ USG ☐ TK ☐ MRI
Przeciwwskazania do podania kontrastu*		
Choroby przewlekłe, podawane leki*		
Przeciwwskazania do znieczulenia ogólnego?*		