



## НАПРАВЛЕНИЕ НА КТ ДИАГНОСТИКУ

Дата направления:  Пол:  Кastr/стер:  Вес:  Возраст:

Кличка:  Вид:  Порода:

ФИО владельца:

Телефон владельца:  E-mail владельца:

Ветеринарная клиника:  Контактные данные:

ФИО лечащего врача:

Предварительный диагноз:

## ОБЛАСТЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Пожалуйста, укажите отдел исследования и необходимость введения контрастного препарата.

### Голова/спина

L

R

### Суставы/конечности

### Полость

<input type="checkbox"/> Голова/головной мозг	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Плечевой	<input type="checkbox"/> Грудная полость
<input type="checkbox"/> Шейный отдел	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Локтевой	<input type="checkbox"/> Брюшная полость
<input type="checkbox"/> Шейно-грудной отдел	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Запястный	<input type="checkbox"/> Онкопоиск (грудная + брюшная)
<input type="checkbox"/> Грудной отдел	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Тазобедренный	<input type="checkbox"/> Выделительная урография
<input type="checkbox"/> Грудно-поясничный отдел	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Коленный	<input type="checkbox"/> Лимфангиография
<input type="checkbox"/> Поясничный отдел	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Скакательный	
<input type="checkbox"/> Пояснично-крестцовый отдел	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Передняя конечность	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Задняя конечность	

Контрастное вещество:  С контрастом  Без контраста  На усмотрение вет-ого  
врача

Седация:  С седацией  Без седации  На усмотрение вет-ого  
врача

Примечания: