All. 3

Ospedale Veterinario Universitario Didattico di Parma – Dip.Scienze Medico Veterinarie

**U.O. Diagnostica per Immagini**

**All’attenzione dell’U.O. Diagnostica per Immagini**

Via del Taglio 10, 43126 Parma (tel. 0521 032823/032822) E-mail: diagnosticavetparma@gmail.com

SCHEDA DI RICHIESTA PRESTAZIONI

* Per un corretto svolgimento dell’esame, **TUTTI** i campi devono essere compilati.
* Si raccomanda che gli animali siano a digiuno per permettere il corretto svolgimento degli esami, nel caso fosse indicata una leggera sedazione (es. animali non collaborativi).
* Qualora il proprietario non fosse in possesso degli esami del sangue richiesti al momento dell’esame, è possibile effettuarli presso la struttura dell’OVUD, previo appuntamento.
* In caso di problemi neurologici, è richiesto il referto della visita neurologica specialistica per la localizzazione clinica della lesione e della regione anatomica da indagare. E’ possibile effettuare la visita neurologica specialistica presso la struttura dell’OVUD, previo appuntamento con il medico specialista.
* Il presente modulo è da presentare all’U.O. Radiologia e Diagnostica per Immagini unitamente ai documenti sanitari dell’animale.

Data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Anagrafica Veterinario referente**

Cognome \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_­­\_\_\_

Nome \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Indirizzo \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Recapito telefonico \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_­\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Indirizzo E-Mail \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Anagrafica Proprietario**

Cognome \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nome \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Indirizzo \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Recapito telefonico \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Indirizzo E-Mail \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Segnalamento paziente**

Specie \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Razza \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Colore\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Sesso \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Età \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Motivo della richiesta e Anamnesi**

**Patologie pregresse e/o concomitanti**

**Esami collaterali effettuati (specificare esito)**

**Piano Terapeutico (Terapie effettuate)**

**Prestazione richiesta (Ecografia, Radiografia, CT) - specificare la regione anatomica da indagare**

**N.B.** 1) Per la richiesta di CT con mezzo di contrasto, è necessario presentare esami del sangue completi (emocromo, biochimico indicante, in particolare, il profilo epato-renale). 2) Se è richiesta sedazione/anestesia, l’animale deve essere a digiuno solido da almeno 12 ore e idrico da almeno 6 ore. Si richiedono inoltre esami ematici completi (emocromo, biochimico). 3) Se è richiesta biopsia o ago aspirato è necessario corredare gli esami ematobiochimici con il profilo coagulativo completo.

**Richiesta altri esami da effettuare contestualmente alla prestazione**

- ago aspirato

- biopsia

- prelievo liquido cefalorachidiano

**Firma del Veterinario Richiedente \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**(**Il personaledell’U.O di Diagnostica per Immagini si riserva di non effettuare eventuali prestazioni, qualora il livello di rischio sia giudicato troppo elevato e/o tale rischio non venga accettato dal proprietario).

**DA COMPILARE UNICAMENTE PER RICHIESTE DI CT RACHIDE/ENCEFALO**

**Localizzazione clinica della lesione Regione anatomica da indagare**

(sulla base della visita neurologica)

Encefalo anteriore Encefalo/cranio

Tronco encefalico C1-C5

Cervelletto C6-T2

Sistema vestibolare periferico T3-L3

C1-C5 L4-S1/Cauda Equina

C6-T2 Altro (specificare)

T3-L3

L4-S1

Cauda Equina

SNP cranico

SNP spinale

U.O. Diagnostica per Immagini – Dipartimento di Scienze Medico Veterinarie, Università degli Studi di Parma – Via del Taglio 10, 43126, Parma – E-mail: diagnosticavetparma@gmail.com.