**INFORME DE REFERÈNCIA SOL·LICITUD DE RM / TAC**

**DADES DEL PROPIETARI DADES DEL VETERINARI**

Nom: Nom:

Tlfn: Centre:

 Tlfn:

 Email contacte :

**DADES DEL PACIENT**

Nom : Esp : Raça : Edat : Sexe : M F Pes:

* **PROVES A SOL·LICITAR I REGIÓ D’ESTUDI:** (marcar RM / TAC / RM+TAC)

|  |  |
| --- | --- |
| 🞎 **TAC** | 🞎 **RM** |
|  🞎 Crani  🞎 Columna vertebral* C1C5
* C6T2
* T3L3
* L4S1

 🞎 Extremitats. a avaluar:  🞎 Cav. Abdominal. Avaluar: 🞎 Cav. Toràcica. Avaluar: 🞎 Cav. Pèlvica. Avaluar:   |  🞎 Neurocrani  🞎 Esplacnocrani  🞎 Columna vertebral *(\*indicar el tram)** C1C5
* C6T2
* T3L3
* L4S1

 🞎 Articular. Avaluar: 🞎 Altres. Avaluar:  |

* **PROVES COMPLEMENTÀRIES:**

🞎 LCR 🞎PCRs malalties infeccioses 🞎 Aspirat agulla fina 🞎 Biopsia

* **DESCRIPCIÓ DEL PROBLEMA** (moment d’aparició i evolució dels signes clínics, comentar resposta a tractaments).

* **ALTRES PATOLOGIES A TENIR EN COMPTE:**
* **TRACTAMENT ACTUAL**

**IMPORTANT ADJUNTAR: ANÀL.LISIS I PROVES D’IMATGE REALITZADES**

- El microxip d’identificació pot produïr artefactes a la RM i pot ser susceptible de ser extret per a realitzar la prova. Les proves complementàries es realitzaran sempre i quan sigui possible i estigui clínicament indicat.-