



SKIEROWANIE NA BADANIE TOMOGRAFII KOMPUTEROWEJ

DANE ZWIERZĘCIA		DANE WŁAŚCICIELA		DANE KIERUJĄCEGO LEK. WET.	
IMIĘ		IMIĘ		PIECZĄTKA	
RASA		NAZWISKO			
WIEK		ARES			
GATUNEK		TELEFON		TELEFON	
PŁEĆ		E-MAIL		E-MAIL	
WAGA					

OBSZARY OBJĘTE BADANIEM TK

TK GŁOWY	TK UKŁADU MIĘŚNIOWO -SZKIELETOWEGO	TK KRĘGOSŁUPA	INNE
<input type="checkbox"/> mózgowie <input type="checkbox"/> trzewioczaszka <input type="checkbox"/> jamy nosowe <input type="checkbox"/> ucho środkowe+wewn. <input type="checkbox"/> oczodoły <input type="checkbox"/> cała głowa	<input type="checkbox"/> biodra <input type="checkbox"/> łokcie <input type="checkbox"/> barki <input type="checkbox"/> stępy <input type="checkbox"/> nadgarstki	ODCINKI: <input type="checkbox"/> szyjny <input type="checkbox"/> piersiowy <input type="checkbox"/> lędźwiowo-krzyżowy <input type="checkbox"/> cały kręgosłup	<input type="checkbox"/> TK klatki piersiowej <input type="checkbox"/> TK miednicy <input type="checkbox"/> TK jamy brzusznej <input type="checkbox"/> TK układu moczowego (urografia)

TK po urazie okolice : _____

TK badanie przesiewowe choroba nowotworowa

INNE (proszę określić jakie): _____

Rozpoznanie: _____

Można podać kontrast: TAK NIE

Choroby przewlekłe, podawanie leki, przeciwwskazania do podania kontrastu: _____

Przeciwwskazania do znieczulenia ogólnego: _____