

НАПРАВЛЕНИЕ НА МРТ/КТ ДИАГНОСТИКУ

Кличка Возраст Пол Кastr/стер
Порода Вес Дата направления

Владелец
E-mail владельца Телефон
Ветеринарная клиника
Ветеринарный врач
E-mail врача Телефон

Вид исследования МРТ КТ

ОБЛАСТЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Пожалуйста, укажите отдел исследования и необходимость введения контрастного препарата.

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

Необходимость контраста
 Контраст Без контраста Контраст на
усмотрение врача

Примечания

