

**Vaizdinės diagnostikos siuntimo forma**

Veterinarijos klinikos logotipas/antspaudas
Klinikos pavadinimas:
Adresas:
Telefonas:
El. paštas:
Siuntimo data:

SIUNTIMO FORMA VAIZDINĖS DIAGNOSTIKOS TYRIMAMS
Paciento informacija:

        •       Gyvūno vardas:
        •       Rūšis: (pažymėti) Šuo / Katė
        •       Veislė:
        •       Amžius:
        •       Lytis: (pažymėti) Patinas / Patelė
        •       Gyvūno svoris (kg):

Savininko informacija:

        •       Savininko vardas ir pavardė:
        •       Kontaktinis telefonas:
        •       El. paštas:

Siunčiančio veterinaro informacija:

        •       Kontaktinis telefonas:
        •       El. paštas:

Tyrimo užsakymas:

        •       Norimas atlikti vaizdinės diagnostikos tyrimas: (pažymėti)
        •       Rentgenas
        •       Ultragarsas
        •       MRT
        •       KT
        •       Endoskopija
        •       Kitas (nurodykite): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Tyrimo tikslas:

        •       Klinikiniai simptomai ir diagnostinė hipotezė:
(Trumpai apibūdinkite gyvūno simptomus, esamas sveikatos problemas ir tikėtiną diagnozę)

        •       Pageidaujama tiriama sritis: (pvz., pilvo ertmė, širdis, sąnariai, smegenys ir kt.)

Papildoma informacija:

        •       Ar buvo atlikti ankstesni vaizdiniai tyrimai?: (pažymėti) Taip / Ne
        •       Jei taip, nurodykite tyrimo tipą ir datą:

        •       Šiuo metu naudojami vaistai ar gydymas:
(Nurodykite bet kokius medikamentus ar gydymą, kuriuos gyvūnas vartoja ar gavo per pastarąsias 2 savaites)

        •       Kita svarbi informacija:
(Pvz., alergijos, specifiniai tyrimo reikalavimai ar kitos pastabos)

Prašau pateikti tyrimų rezultatus el. Paštu:

**Ar reikalingos papildomos gydymo rekomendacijos? TAIP/ NE (Reikiamą pabraukti)**

Pasirašymas:

        •       Siunčiančio veterinarijos gydytojo vardas/pavardė parašas ir data: