

**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: