



Ficha de solicitud de examen Imagenología

Unidad de Imagenología HVS

1- Datos del paciente (Obligatorio)

Nombre del paciente _____	Nº Ficha _____
Raza _____	Especie _____
Edad _____	
Nombre del responsable: _____	
RUN _____	Telefono (+56) _____

2- Antecedentes clínicos (Obligatorio)

Diagnostico probable: _____
Antecedentes médicos/quirúrgicos: _____
Razón por que se solicita examen (justifique): _____
Tratamientos actuales: _____

3- Examen solicitado (Obligatorio)

TOMOGRAFÍA COMPUTARIZADA

<input type="checkbox"/> 3001 Cerebro
<input type="checkbox"/> 3002 Temporal-oido
<input type="checkbox"/> 3003 Órbitas/Máxilofacial <input type="checkbox"/> Senos Paranasales
<input type="checkbox"/> 3004 Columna cervical
<input type="checkbox"/> 3005 Columna torácica
<input type="checkbox"/> 3006 Columna lumbar <input type="checkbox"/> Sacro-Coxis-Cola
<input type="checkbox"/> 3007 Cuello, partes blandas
<input type="checkbox"/> 3008 Tórax total <input type="checkbox"/> Alta Resolución s/c
<input type="checkbox"/> 3009 Abdomen y pelvis
<input type="checkbox"/> 3010 Pelvis ósea
<input type="checkbox"/> 3011 Pielotac (s/cte)
<input type="checkbox"/> 3012 Urotac (c/cte)
<input type="checkbox"/> 3013 Extremidad, estudio localizado

ECOTOMOGRAFÍA

Abodmen-Pelvis	Tórax
<input type="checkbox"/> Eco Nefrourinaria	<input type="checkbox"/> Eco Pulmón
<input type="checkbox"/> Eco Hepato-Biliar	<input type="checkbox"/> Eco Cardiografía
<input type="checkbox"/> Eco Gastrointestinal	Cabeza y cuello
<input type="checkbox"/> Eco Gestacional	<input type="checkbox"/> Eco Fontanella
<input type="checkbox"/> Eco Reproductiva	<input type="checkbox"/> Eco Tiroides
	<input type="checkbox"/> Eco Órbitas

RADIOLOGÍA

<input type="checkbox"/> Tórax 2 vistas	<input type="checkbox"/> Col. cervical
<input type="checkbox"/> Tórax 4 vistas	↳ <input type="checkbox"/> Dinámica
<input type="checkbox"/> Tórax dinamico	<input type="checkbox"/> Col. toraxica
<input type="checkbox"/> Diafragma	<input type="checkbox"/> Col. lumbosacra
<input type="checkbox"/> Abdomen 2 vistas	<input type="checkbox"/> Col. coxígia
<input type="checkbox"/> Abdomen 4 vistas:	
↳ <input type="checkbox"/> Craneal <input type="checkbox"/> Medial <input type="checkbox"/> Caudal	<input type="checkbox"/> Esofagograma
<input type="checkbox"/> Abdomen compresión	<input type="checkbox"/> Gastrografía
<input type="checkbox"/> Pelvis	<input type="checkbox"/> Esofagograma con gastrografía
<input type="checkbox"/> Senos Paranasales	<input type="checkbox"/> Tránsito Baritado
<input type="checkbox"/> Bulla timpanica	<input type="checkbox"/> Enemacontrastado
<input type="checkbox"/> ATM	<input type="checkbox"/> Fistulografía
<input type="checkbox"/> Absceso periapical	<input type="checkbox"/> Cistografía
<input type="checkbox"/> Mandíbula	<input type="checkbox"/> Cistografía doble contraste
<input type="checkbox"/> Foramen Magno	<input type="checkbox"/> Ctrl. Osteosíntesis
<input type="checkbox"/> Epidurografía	<input type="checkbox"/> Ctrl. Sonda
<input type="checkbox"/> Mielografía	
<input type="checkbox"/> Uretrografía	
<input type="checkbox"/> Pielografía	
EE.AA	EE.PP
<input type="checkbox"/> Art. escapulo/humeral	<input type="checkbox"/> Displasia cadera
<input type="checkbox"/> Codo	<input type="checkbox"/> Tibio tarsal
<input type="checkbox"/> Antebrazo	<input type="checkbox"/> Tarso/Garra
<input type="checkbox"/> Carpo/Garra	<input type="checkbox"/> Estudio de rodilla
<input type="checkbox"/> Displasia de codo	

¿Examen con contraste? Sí No Lado a estudiar: Izquierdo Derecho Ambos

¿Solicita otros exámenes?, Cúal: _____

* Exámenes Scanner son regulados por protocolo

* Solicitudes ilegibles e incompletas seran devueltas

* Orden con mas de 3 meses de antigüedad sera rechazada

Nombre del Veterinario: _____ Firma/timbre: _____
 RUN: _____ Fecha de solicitud: _____

OBLIGATORIO

OBLIGATORIO