



**ВЕТ-КТ**  
ВЕТЕРИНАРНАЯ КОМПЬЮТЕРНАЯ ТОМОГРАФИЯ

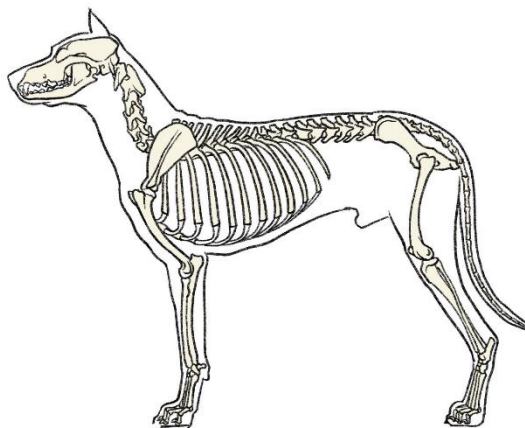
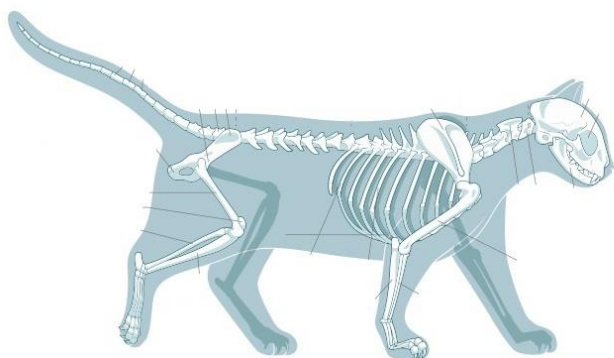
ООО «ЛАДИС»

180017, г. Псков, ул. Советская,

д. 113, пом. 1(1)

[vet-kt@mail.ru](mailto:vet-kt@mail.ru) 8-900-990-59-95

## НАПРАВЛЕНИЕ на КОМПЬЮТЕРНУЮ ТОМОГРАФИЮ



**ОБЛАСТЬ ИССЛЕДОВАНИЯ – указать в списке или отметить на схеме**

Введение контраста

**ДА**  **НЕТ**

Наличие металлических имплантов: **ДА**  **НЕТ**

<b>КТ ГОЛОВЫ</b>	
<b>КТ СУСТАВА – ПЛЕЧЕЛОПАТОЧНЫЙ, ЛОКТЕВОЙ, ЛУЧЕЗАПЯСТНЫЙ, ТАЗОБЕДРЕННЫЙ, КОЛЕННЫЙ, СКАКАТЕЛЬНЫЙ</b> (ПОДЧЕРКНУТЬ НЕОБХОДИМОЕ)	
<b>КТ 1 ОТДЕЛА ПОЗВОНОЧНИКА – ШЕЙНЫЙ, ГРУДНОЙ, ПОЯСНИЧНЫЙ</b> (ПОДЧЕРКНУТЬ НЕОБХОДИМОЕ)	
<b>КТ КОСТЕЙ ТАЗА</b>	
<b>КТ ГРУДНОЙ ПОЛОСТИ/ОНКОПОИСК</b>	
<b>КТ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ/ОНКОПОИСК</b>	
<b>КТ ПОИСК ШУНТА</b>	
<b>КТ 1 отдела ГРЫЗУНАМ / ЗАЙЦЕОБРАЗНЫМ и прочим экзотическим</b>	

**Краткий анамнез для пациента, направляемого на КТ. Бланк заполняется лечащим врачом.**

ФИО владельца, телефон: \_\_\_\_\_

Кличка животного: \_\_\_\_\_

Вид животного, порода: \_\_\_\_\_

Возраст: \_\_\_\_\_ Вес: \_\_\_\_\_

Общее состояние: удовлетворительное/средней тяжести/тяжелое/критическое

Сознание: ясное/депрессия/дезориентация/ступор/сопор

Питание/аппетит: сохранен/повышен/снижен/отсутствует

Упитанность: оптимальная/снижена/выше среднего

Жажда: сохранена/повышена/снижена/отсутствует

Степень дегидратации \_\_\_\_\_

ВСО: интенсивно-розовые/бледно-розовые/иктеричные/анемичные

Температура \_\_\_\_\_ Пульс \_\_\_\_\_ А/Д \_\_\_\_\_ Дыхание \_\_\_\_\_

Дыхание: грудобрюшного типа, везикулярное/ тип одышки \_\_\_\_\_  
патологические шумы: да / нет

Аускультация сердца: тоны сердца \_\_\_\_\_ шумы сердца (не) аускультируются/  
аустультируется шум \_\_\_\_\_

Брюшная полость: мягкая, б/болезненная/ \_\_\_\_\_

**Анамнез, предварительный диагноз:**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Принимаемые препараты (перечень препаратов, дозировка, кратность):

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Перенесенные заболевания/хронические болезни:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Аллергические реакции: нет/ анафилактический шок/ есть (перечислить на что)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**ФИО врача, клиника, контактный телефон, e-mail**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_