



# Modulo di Richiesta Teleradiologia

- Nome del veterinario richiedente \_\_\_\_\_
- Nome della struttura \_\_\_\_\_
- E-mail \_\_\_\_\_
- Tel. \_\_\_\_\_
- Tipologia di esame per la quale si richiede la refertazione
  - Radiologia  Tomografia Computerizzata
- Distretto dell'esame
  - Torace  Addome  Rachide  Arto toracico  Arto Pelvico  Bacino/pelvi
  - Collo  Cranio/Encefalo  Altro
- Altro (specificare)  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- Indicare il numero di file inviati (numero di singole radiografie oppure numero di scansioni) \_\_\_\_\_
- Indicare il posizionamento del paziente (per la Radiologia: Latero-laterale destro/sinistro, Ventro-dorsale, Dorso-Ventrale, Medio-laterale, Antero-Posteriore...; per la Tomografia Computerizzata: prono, supino, decubito laterale destro/sinistro...)  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_



# Modulo di Richiesta Teleradiologia

- Esame effettuato in sedazione/anestesia generale?

Sì  No

- Sì: specificare i farmaci utilizzati per la sedazione/anestesia \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

- Nome del proprietario \_\_\_\_\_

- Nome del paziente \_\_\_\_\_

- Specie

Cane  Gatto

- Razza \_\_\_\_\_

- Data di nascita \_\_\_\_\_

- Sesso

M  F      Sterilizzato/castrato  Sì  No

- Anamnesi, sintomatologia clinica e motivo dell'esame \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_



# Modulo di Richiesta Teleradiologia

---

---

---

---

---

---

---

- Terapie in corso al momento dell'esame \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

- **Nota:**

Se al controllo preliminare sulla qualità delle immagini e requisiti tecnici per la refertazione i file inviati dovessero risultare insufficienti, questo vi verrà comunicato entro 12 ore dalla ricezione dei file stessi.

**Inviare a: [radiologia@sancarloveterinaria.it](mailto:radiologia@sancarloveterinaria.it)**