

**MODULO RICHIESTA RISONANZA MAGNETICA
(A cura del Medico veterinario Referente)**

Il/la sottoscritto/a dr. _____ con sede professionale in via _____,
CAP _____ comune _____ Prov. _____, recapito telefonico _____ e
indirizzo email _____

Dati proprietario	Dati paziente
NOME: _____	SPECIE: _____ RAZZA: _____
COGNOME: _____	NOME: _____ NATO IL: _____
INDIRIZZO: _____ _____	ETÀ: _____ SESSO: _____ PESO: _____
RECAPITO TELEFONICO: _____	PROBLEMA CLINICO: _____ _____
EMAIL: _____	MICROCHIP: _____

L'esame viene richiesto per il segmento (barrare il/i segmento/i prescelto/i):

- | | |
|---|--|
| ☐ NEUROCRANIO | ☐ ANCA SINISTRA |
| ☐ SPLANCNOCRANIO-NASO | ☐ GOMITO DESTRO |
| ☐ CERVICALE (C1-C5)* | ☐ GOMITO SINISTRO |
| ☐ CERVICO-TORACICO (C6-T2)* | ☐ GINOCCHIO DESTRO |
| ☐ TORACICO (T3-T10)* | ☐ GINOCCHIO SINISTRO |
| ☐ TORACO-LOMBARE (T11-L4) | ☐ CARPO DESTRO |
| ☐ LOMBO-SACRALE (L5-S1) | ☐ CARPO SINISTRO |
| ☐ SPALLA DESTRA* | ☐ TARSO DESTRO |
| ☐ SPALLA SINISTRA* | ☐ TARSO SINISTRO |
| ☐ ANCA DESTRA | |

*potrebbe essere necessario rimuovere il microchip se presente nell'area di scansione

DATA

FIRMA DEL MEDICO CURANTE

QUESTIONARIO DI VALUTAZIONE ANESTESIOLOGICA (A cura del Medico veterinario Referente)

- Medico veterinario referente:
- Proprietario:
- Nome paziente:
- Specie:
- Razza:
- Età:
- Sesso:
- Peso:
- Per i cani superiori a **40 kg** misura parte esterna archi zigomatici nel caso di esame neurocranio:
- BCS (Body Condition Score):
- Patologie pregresse:
- Assunzione di farmaci:
- Precedenti anestesi:
Se sì, problemi rilevati:
- Reazioni allergiche dopo assunzione di farmaci, inoculazione di vaccini, puntura di insetto e alimentari:
- Crisi convulsivo/epilettiche:
- Eventi sincopali:

ALTRO DA SEGNALARE:

- * se il paziente soffre di una particolare patologia (metabolica, cardiopatica...) chiediamo l'invio dei referti degli esami più recenti a cui è stato sottoposto l'animale.
- ** lo studio non si assume la responsabilità di eventuali complicazioni dovute all'omissione di documentazione
- *** Per qualsiasi dubbio si prega di contattare la Dr.ssa Francesca Grossi al seguente indirizzo mail f.grossi@rmve.it.

FIRMA DEL MEDICO CURANTE

**ESAMI PREOPERATORI RICHIESTI PER ANIMALI DA SOTTOPORRE AD ANESTESIA
GENERALE PRESSO RMVE PER ESAME RISONANZA MAGNETICA**

Si richiede l'esecuzione dei seguenti esami:

EMOCROMOCITOMETRICO + VALUTAZIONE DELLO STRISCIO EMATICO. Sierologia:
GLICEMIA, PROTEINE TOTALI, ALBUMINE, AST (GOT), GGT, BILIRUBINATOTALE, BUN,
CREATININA, COLESTEROLO, TRIGLICERIDI, AMILASI, LIPASI, CALCIO, FOSFORO, CLORO,
ALP, ALT (GPT), SODIO, POTASSIO.

Si richiede, inoltre, l'esecuzione dell'elettrocardiogramma con particolare attenzione alla D II.

Tali analisi possono essere svolte presso qualsiasi ambulatorio/laboratorio veterinario, devono essere messe a disposizione almeno cinque giorni prima della data fissata per l'anestesia, al fine di poter meglio valutare il quadro clinico del paziente e programmare il protocollo anestesilogico.

Le analisi possono essere trasmesse per email: info@rmve.it