



 R. São Francisco Xavier, 116- Loja A
Tijuca, Rio de Janeiro- RJ, 20550-012

 (21) 3083-7130

 (21) 99164-3178

 advanceimagem.com.br
contato@advanceimagem.com.br

FAVOR PREENCHER TODOS OS CAMPOS ABAIXO

DATA: ____/____/____

RG: _____

USO EXCLUSIVO ADVANCE

NOME DO PACIENTE: _____ ☐ MACHO ☐ FÊMEA

ESPÉCIE: ☐ CANINA ☐ FELINA ☐ SILVESTRE ☐ OUTROS: _____

RAÇA: _____ IDADE: _____

PROPRIETÁRIO: _____

SINAIS CLÍNICOS: _____

SUSPEITA: _____

MÉDICO VETERINÁRIO: _____ CRMV: _____

CEL: () _____ EMAIL: _____

HOSPITAL / CLÍNICA: _____ TEL: () _____

PREPARO DO PACIENTE

QUANDO NECESSITAR
DE SEDAÇÃO / ANESTESIA:

8H DE JEJUM ALIMENTAR
| 2H DE JEJUM HÍDRICO

ULTRASSONOGRAFIA:

8H DE JEJUM ALIMENTAR | 2H DE JEJUM HÍDRICO
BEXIGA CHEIA

EVITAR QUE O PACIENTE URINE PELO MENOS
UMA HORA ANTES DO EXAME

Para procedimentos que necessitam de anestesia ou sedação, serão necessários os seguintes exames pré-anestésicos:

- Sangue: Hemograma completo e Bioquímica (uréia, creatina, FA, ALT, proteínas totais e frações) com no máximo 30 dias;
- Avaliação Cardiológica obrigatória para animais acima de 10 anos e recomendável para animais acima de 6 anos.

ASSINATURA DO MÉDICO VETERINÁRIO SOLICITANTE / CARIMBO

LIBERAÇÃO DE LAUDOS EM ATÉ 2 DIAS ÚTEIS

☐ RESSONÂNCIA MAGNÉTICA

☐ TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA

REGIÕES

☐ CABEÇA

☐ TÓRAX (EXCLUSIVO TC)

☐ PESCOÇO

☐ ABDÔMEN (EXCLUSIVO TC)

ESPECIFICAR: _____

COLUNA

☐ CERVICAL (C1 - C7)

☐ LOMBAR (L1 - L7)

☐ CERVICOTORÁCICA (C5 - T3)

☐ LOMBOSSACRA (L1 - S3)

☐ TORÁCICA (T1 - T13)

☐ SACROCOCCÍGEA (CAUDA)

☐ TORACOLOMBAR (T3 - L3)

☐ OUTROS: _____

MEMBRO TORÁCICO

DIREITO☐ ESQUERDO☐

☐ ESCÁPULA

☐ COTOVELO

☐ OMBRO

☐ RÁDIO E ULNA

☐ ÚMERO

☐ PUNHO E MÃO

☐ OUTROS: _____

MEMBRO PÉLVICO

DIREITO☐ ESQUERDO☐

☐ Pelve

☐ TÍBIA E FÍBULA

☐ FÊMUR

☐ TORNOZELO E PÉ

☐ JOELHO

☐ OUTROS: _____

PUNÇÃO E ANÁLISE DE LÍQUOR

☐ ANÁLISE CITOLÓGICA

☐ PAINEL NEUROLÓGICO

☐ OUTRO: _____

ENDOSCOPIA (ATENDIMENTO COM HORA MARCADA)

☐ ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA

☐ FIBRO-OTOSCOPIA

☐ ENDOSCOPIA DIGESTIVA BAIXA (colonoscopia)

☐ LARINGOTRAQUEOBRONCOSCOPIA

☐ RINOSCOPIA

☐ URETROCISTOSCOPIA

☐ RETIRADA DE CORPO ESTRANHO

☐ OUTROS: _____

CARDIOLOGIA (ATENDIMENTO COM HORA MARCADA)

☐ ECOCARDIOGRAMA

☐ PRESSÃO ARTERIAL

☐ ELETROCARDIOGRAMA

RADIOLOGIA DIGITAL

REGIÕES

☐ CABEÇA

☐ TÓRAX

☐ CERVICAL (TECIDOS MOLES)

☐ ABDÔMEN

ESPECIFICAR: _____

COLUNA

☐ CERVICAL (C1 - C7)

☐ LOMBAR (L1 - L7)

☐ CERVICOTORÁCICA (C5 - T3)

☐ LOMBOSSACRA (L1 - S3)

☐ TORÁCICA (T1 - T13)

☐ SACROCOCCÍGEA (CAUDA)

☐ TORACOLOMBAR (T3 - L3)

☐ OUTROS: _____

MEMBRO TORÁCICO

DIREITO☐ ESQUERDO☐

☐ ESCÁPULA

☐ COTOVELO

☐ OMBRO

☐ RÁDIO E ULNA

☐ ÚMERO

☐ PUNHO E MÃO

☐ OUTROS: _____

MEMBRO PÉLVICO

DIREITO☐ ESQUERDO☐

☐ PELVE

☐ TÍBIA E FÍBULA

☐ FÊMUR

☐ TORNOZELO E PÉ

☐ JOELHO

☐ OUTROS: _____

EXAMES CONTRASTADOS

☐ ENEMA BARITADO

☐ TRÂNSITO GASTROINTESTINAL

☐ ESOFAGOGRAMA

☐ URETROCISTOGRAFIA RETRÓGRADA

☐ GASTROGRAMA

☐ UROGRAFIA EXCRETORA

☐ OUTROS: _____

ULTRASSONOGRAFIA

☐ ABDOMINAL

☐ CERVICAL

☐ OCULAR

☐ TÓRAX

☐ GESTACIONAL

☐ BIÓPSIA POR TRU - CUT

☐ CITOLOGIA

☐ COLETA DE LÍQUIDO CAVITÁRIO

☐ CISTOCENTESE

☐ OUTROS: _____
