



**Servicio de Diagnóstico por Imagen
Hospital Clínico Veterinario Complutense**

Tf. 91 3943805, Fax. 91 3943933, correo electrónico: resonancia@vet.ucm.es

VOLANTE DE SOLICITUD – RESONANCIA MAGNÉTICA

DATOS DEL PACIENTE:

Nombre:
Especie:
Raza:
Edad:
Sexo:

DATOS DEL PROPIETARIO:

Nombre:
Teléfono de contacto:
Dirección de correo electrónico:

DATOS DEL VETERINARIO QUE REMITE EL CASO:

Nombre:
Clínica veterinaria:
Teléfono de contacto:
Dirección de correo electrónico donde quiere recibir el informe:

MOTIVO POR EL QUE SOLICITA EL ESTUDIO DE RESONANCIA MAGNÉTICA:

(Por favor, incluya una breve descripción de los hallazgos clínicos, datos laboratoriales relevantes, estudios radiográficos, etc.)

REGIÓN ANATÓMICA:

(Marcar con una X una de las siguientes opciones; si marca más de una deberá solicitar un presupuesto específico)

- | | | |
|---|---|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> CABEZA (CEREBRO) | <input type="checkbox"/> COLUMNA LUMBAR | <input type="checkbox"/> HOMBRO |
| <input type="checkbox"/> CABEZA (ÓRBITA) Seleccionar lado | <input type="checkbox"/> COLUMNA LUMBOSACRA*** | <input type="checkbox"/> CODO |
| <input type="checkbox"/> CABEZA (NASAL) | <input type="checkbox"/> TÓRAX | <input type="checkbox"/> CARPO |
| <input type="checkbox"/> COLUMNA CERVICAL* | <input type="checkbox"/> ABDOMEN | <input type="checkbox"/> CADERA |
| <input type="checkbox"/> COLUMNA TORÁCICA | <input type="checkbox"/> PELVIS | <input type="checkbox"/> RODILLA |
| <input type="checkbox"/> COLUMNA TORACOLUMBAR** | <input type="checkbox"/> CUELLO (TEJIDOS BLANDOS) | <input type="checkbox"/> TARSO |

* Estudio centrado en C1-C7, indique si desea que se incluya el plexo braquial dentro del estudio: Seleccionar

** Incluye desde T3 hasta L3.

*** Estudio centrado en L7-sacro, el número de vértebras lumbares incluidas en el estudio depende del tamaño del paciente.

OTROS:

(Marcar con una X las siguientes opciones que desea que se lleven a cabo en el HCV Complutense)

- DESEO QUE PREVIAMENTE A LA RESONANCIA SE VALORE EL CASO EN EL SERVICIO DE NEUROLOGÍA (La resonancia se hará en el turno de las 11:00h, solicitar en el momento de pedir la cita). Importe: 26€
- EXTRACCIÓN DE LÍQUIDO CEFALORRAQUIDEO (No en resonancias de tarde)
- Citología
- Enfermedades infecciosas. Indicar cuáles:
- DESEO QUE SEA VALORADO POR NEUROCIRUGÍA DEL HCV COMPLUTENSE EN EL CASO DE PATOLOGÍA QUIRÚRGICA

Nota importante: Se debe realizar un estudio prequirúrgico que incluya analítica sanguínea básica reciente (menos de 4 semanas) y electrocardiograma. Los resultados de este estudio se deben enviar a la dirección de correo electrónico resonancia@vet.ucm.es con al menos 24 horas de antelación para ser evaluados por el Servicio de Anestesia del HCV Complutense. Si lo desea, el estudio prequirúrgico se puede llevar a cabo en el HCV Complutense, al menos 24 horas antes de la cita.