

Tomografia Axial Computorizada Formulário de Referenciação

Nome do Veterinário que refere: _____

Nome do CAMV: _____

Email do CAMV _____ Telefone do CAMV _____

Nome do Animal _____ Espécie _____

Idade _____ Raça _____ Género _____

Descrição do caso clínico

Exame requisitado _____

Data e hora pretendida para exame _____

Enviar por email para geral@centrovetalverca.com em conjunto com:

- Análises prévias e outra informação relevantes
- Autorização da sedação e da utilização de meio de contraste