

RESSONÂNCIA E TOMOGRAFIA.

veros

HOSPITAL
VETERINÁRIO

Agradecemos por escolher o Veros Hospital Veterinário.

Para que tenha a melhor experiência possível, fique atento:

Para garantir a segurança e a qualidade do exame, siga as orientações abaixo:

FILHOTES COM ATÉ 6 MESES E PETS ADULTOS DIABÉTICOS

- Jejum alimentar: **4 horas**
- Jejum hídrico: **2 horas**
- Última refeição: **pastosa**
- Pets diabéticos: **seguir rigorosamente as orientações médicas quanto ao uso da insulina.**

FILHOTES ACIMA DE 6 MESES E PETS ADULTOS

- Jejum alimentar: **12 horas**
- Jejum hídrico: **4 horas**
- Caso utilize **furosemida ou espironolactona**, o jejum hídrico deverá ser de 2 horas.
- Última refeição: **pastosa**

**Avenida Brigadeiro Luís Antônio,
4.643, Jardim Paulista, São Paulo, SP**

Em caso de dúvidas ou alterações no agendamento, envie uma mensagem no WhatsApp para **(11) 94107-9961** ou ligue **(11) 3900-7000**.

COMO PREPARAR A REFEIÇÃO PASTOSA?

- Bata a ração habitual com um **pouco de água; ou**
- Ofereça **alimento úmido** que o pet já esteja acostumado a consumir.

Esses cuidados ajudam a tornar o procedimento mais seguro e tranquilo para o seu melhor amigo.

- O pedido **médico original**.
- A relação de todas as **medicações em uso**, informando o **nome do medicamento**, a **dose e o horário** da **última administração** de cada uma.

Seu pet estará prontinho para realizar o exame como todo cuidado que merece!

QUESTIONÁRIO PARA REALIZAÇÃO DE TOMOGRAFICA E RESSONÂNCIA

Nome: _____

Raça: _____

Idade: _____

Espécie: _____

Tutor: _____

Peso: _____ kg

Colaborador que confirmou: _____

Restrição alimentar:

☐ Não ☐ Sim / o que NÃO pode comer? _____

Pode alimentar após o exame?

☐ Não ☐ Sim

1. Qual foi a principal alteração ou sinal clínico que a família percebeu e que fez o médico solicitar o exame?

2. Desse sintomas, o paciente tem algum?

☐ Andar em círculo Para qual lado? _____	☐ Claudicação (manca) De qual pata? _____	☐ Inclinação de cabeça Para qual lado? _____
☐ Redução de apetite	☐ Convulsão Geral ou focal? _____	☐ Vômito
☐ Retenção de urina		☐ Tosse
☐ Sangue na urina	☐ Desmaio	☐ Diarréia
☐ Quedas ao andar Desde quando? _____	☐ Paralisia facial De qual lado? _____	☐ Não se aplica
		☐ Outros
☐ Paralisia de membros Desde quando? _____	☐ Perda de visão/audição	

3. Quando esses sintomas começaram?

4. Você percebeu alguma melhora após o início de algum remédio? Qual?

5. Informações sobre a última REFEIÇÃO do paciente

Data: _____ horário: _____

6. Informações sobre a última INGESTÃO DE ÁGUA do paciente

Data: _____ horário: _____

7. Já realizou tomografia ou ressonância?

() SIM () NO VEROS () EM OUTRO LOCAL () NÃO

8. Houve alguma intercorrência?

() SIM Qual? _____ () NÃO

9. Trouxe exame anterior?

() SIM Qual? _____ () NÃO

ATENÇÃO EQUIPE: solicitem senha de acesso ou laudo de TC ou RM anterior se houver. No caso de exame de tórax ou abdômen, solicitam RX ou US anteriores, se feitos fora do Veros.

10. O paciente fez uso de alguma medicação nos últimos 7 dias?

Medicação: _____	Dose / Vezes ao dia: _____	Início do tratamento: _____
Medicação: _____	Dose / Vezes ao dia: _____	Início do tratamento: _____
Medicação: _____	Dose / Vezes ao dia: _____	Início do tratamento: _____
Medicação: _____	Dose / Vezes ao dia: _____	Início do tratamento: _____
Medicação: _____	Dose / Vezes ao dia: _____	Início do tratamento: _____
Medicação: _____	Dose / Vezes ao dia: _____	Início do tratamento: _____

11. Horário das últimas medicações administradas antes de vir para o exame:

12. O paciente possui algum tipo de alergia? Se sim, qual?

13. O paciente já foi diagnosticado com alguma dessas doenças?

☐ Sem nenhuma doença anterior	☐ Doença Cardíaca	☐ Hiperadrenocorticismo
☐ Alteração de coluna vertebral	☐ Doença Renal	☐ Dificuldade de abrir a boca
☐ Cinomose	☐ Doença Respiratória	☐ Diagnóstico de colapso de traqueia
☐ Diabetes	☐ FIV/FELV	☐ Fraturas

Outras: () SIM Quais? _____ () NÃO

O paciente já teve câncer? _____ Se sim, qual localização: _____

14. O paciente já foi submetido à anestesia geral? Se sim, teve alguma intercorrência?

() SIM Quais? _____ () NÃO

15. O paciente possui algum dos itens listados abaixo?

- ☐ Fragmento de metal
- ☐ Microchip
- ☐ Outro
- ☐ Implante de ouro
- ☐ Próteses
- ☐ Não se aplica
- ☐ Implante metálico
- ☐ Sensores de glicemia
- ☐ Marcapasso
- ☐ Stent Traqueal

PONTOS RELEVANTES A FIXAR

1 - Alterações neurológicas e dificuldade de marcha podem se agravar após a anestesia e o posicionamento para a ressonância / tomo

2 - Cada segmentos de RM demora 1h de máquina, sem contar a recuperação anestésica

3 - O laudo SÓ SERÁ LIBERADO em 1 dia útil (portanto, até as 23h59 do dia seguinte ao dia do exame, se não for um feriado). Às sextas, o laudo só sairá até as 23h59 de segunda.

4 - As imagens ficam disponíveis em até 3h para o requisitante, que, em caso de emergência, poderá analisá-las.

Nome tutor: _____

Assinatura tutor: _____

Nome legível do colaborador: _____

Assinatura do colaborador: _____