



**MODULO DEL VETERINARIO REFERENTE PER RICHIESTA DI
RISONANZA MAGNETICA**

NOME DEL CAVALLO	SESSO	ETA'	PROPRIETARIO/ALLENATORE	MEDICO VETERINARIO

MOTIVO DI RICHIESTA DELL'ESAME DI RM:

ANAMNESI:

BREVE DESCRIZIONE CLINICA

**ANESTESIE DIAGNOSTICHE
(SEGNARE LE CASELLE VALIDE)**

NN DIGITALI PALMARI	NERVI DIGITALI PLANTARI	
BORSA NAVICOLARE	ARTICOLAZIONE INTERFALANGEA DISTALE	
ARTICOLAZIONE INTERFALANGEA DISTALE	ARTICOLAZIONE INTERFALANGEA PROSSIMALE	
ARTICOLAZIONE INTERFALANGEA PROSSIMALE	BLOCCO ABASSIALE	
BLOCCO ABASSIALE	ARTICOLAZIONE METATARSOFALANGEA	
ARTICOLAZIONE METACARPOFALANGEA	6 PUNTI BASSA	
4 PUNTI BASSA	6 PUNTI ALTA	
4 PUNTI ALTA	BLOCCO SUBTARSICO (ORIGINE SOSPENSORE)	
BLOCCO SUBCARPICO (ORIGINE SOSPENSORE)	ARTICOLAZIONE TARSO-METATARSICA	
ARTICOLAZIONE INTERCARPICA	ARTICOLAZIONE INTERTARSICA DISTALE	
ARTICOLAZIONE RADIOCARPICA	ARTICOLAZIONE TIBIOTARSICA	
N ULNARE	N TIBIALE	
ALTRO:	NN PERONEI	
	ALTRO:	

REPERTI RADIOGRAFICI
REPERTI ECOGRAFICI
REPERTI SCINTIGRAFICI

COMMENTI

DATI PER LA FATTURAZIONE:

COGNOME E NOME.....

INDIRIZZO.....

CAP.....

CITTA'.....

PROVINCIA.....

CODICE FISCALE.....

PARTITA IVA.....

MAIL.....

TELEFONO.....

FIRMA

