

## Richiesta di Consulenza Online – Si prega di leggere con attenzione

**Dati del proprietario (validi anche per la fatturazione, non è possibile fatturare a persona diversa)**

**Per cortesia scrivere in modo chiaro e compilare in tutte le sue parti**

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

Indirizzo di Residenza \_\_\_\_\_

Città \_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_

Telefono \_\_\_\_\_ Cellulare \_\_\_\_\_

E-mail per invio della risposta \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_

Codice Fiscale \_\_\_\_\_

Si prega di controllare con attenzione la correttezza del CF. In caso di codice errato, la fattura sarà respinta dal sistema

### Dati del paziente

Nome \_\_\_\_\_ Cane  Gatto  Razza \_\_\_\_\_

Maschio  Maschio castrato  Femmina  Femmina sterilizzata  Peso \_\_\_\_\_

Età \_\_\_\_\_ Numero microchip \_\_\_\_\_

Se desiderate che il vostro veterinario curante sia informato e riceva copia del referto vi chiediamo di indicarci nome, cognome e indirizzo di posta elettronica \_\_\_\_\_

Tipologia di consulenza richiesta. Per cortesia indicare cosa si richiede:

**Consulto chirurgico**  **Consulto oncologico medico**

**Il costo è di € 150. Si ricorda che se si desiderano entrambi il costo totale sarà di € 250**

### Documentazione clinica richiesta – Controllare il questionario “Consulenza e storia clinica”

I documenti e i materiali inviati saranno archiviati. Tutta la documentazione deve essere in lingua italiana o inglese. Spuntare il materiale inviato

- Questionario Clinico
- Referti operatori di eventuali interventi chirurgici
- Referti di esami diagnostici (Radiografie, Ecografie, TC, Risonanza Magnetica) e immagini se disponibili
- Referti di esami di laboratorio
- Referti citologici ed istologici
- Altro (specificare) \_\_\_\_\_

**Importante:** per una valutazione completa, in caso la TC sia già stata eseguita, è necessario inviare non solo il referto ma l'intero esame in formato DICOM (non jpg) trasmesso con un qualsiasi programma di trasferimento files di grosse dimensioni, noi consigliamo Wetransfer [www.wetransfer.com](http://www.wetransfer.com) o Smash <https://fromsmash.com> entrambi molto semplici da usare

Per la trasmissione degli esami radiografici, TC ed RM procedere in questo modo:

- Radiografie: allegarle direttamente alla mail solo se non superiori a 5 MB di dimensioni altrimenti, importarle in una cartella, comprimerle e inviarle separatamente.
- TC ed RM: individuare la cartella con le immagini DICOM presente nel disco (tasto destro sull'icona del disco → Apri → cartella DICOM o A o Images) che vi è stato consegnato, comprimerla (con Mac → tasto destro sulla cartella → comprimi, con Windows tasto destro sulla cartella → invia a → cartella compressa) e inviarla con Wetransfer o Smash. Si consideri che una TC pesa solitamente 1-1.5 GB e quindi il trasferimento potrà essere piuttosto lento

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

## Storia clinica del paziente

**Per cortesia, rispondere cercando di essere i più precisi possibile**

Preso da cucciolo  adulto  A che età' (anche approssimativa) \_\_\_\_\_

Se adottato indicare da quale regione proviene \_\_\_\_\_

Se sterilizzata/castrato indicare la data e il motivo \_\_\_\_\_

Se femmina intera indicare la data dell'ultimo calore \_\_\_\_\_

Indicare eventuali cucciolate e false gravidanze \_\_\_\_\_

Dieta (anche più di uno) Casalinga  Barf  Commerciale secca  Commerciale umida

In quanti pasti giornalieri? \_\_\_\_\_ Vive in: Casa  Casa e giardino  Giardino

Altri animali in casa (specificarne il numero, solo cani e gatti) \_\_\_\_\_

Vaccinato? Se sì indicare la data dell'ultima iniezione \_\_\_\_\_

Trattamenti antiparassitari Sì  No  con cosa \_\_\_\_\_

Precedenti interventi chirurgici, tipo e data (escludere sterilizzazione e interventi di minore entità)

---

---

---

Precedenti malattie (escludere malattie semplici, dermatologiche, episodi passeggeri di vomito e diarrea)

---

---

Assume farmaci per malattie croniche NON collegate alla malattia attuale (esempio: problemi cardiaci o intestinali)? Per cortesia specificare tipo, dose e metodiche e tempistiche di somministrazione

---

---

---

Allergie e intolleranze conosciute \_\_\_\_\_

---

Fumatori abituali in casa? \_\_\_\_\_

## Questionario sulla malattia per la quale si richiede la consulenza

Qual è la diagnosi attuale? \_\_\_\_\_

A quando risalgono i primi sintomi e come si sono manifestati \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Fra tutti, qual è stato il primo sintomo evidente? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Ha già subito un intervento per questo stesso problema e se sì in che data? \_\_\_\_\_

Esito istologico \_\_\_\_\_

Il postoperatorio è stato normale? \_\_\_\_\_

Il paziente è stato mai trattato con chemioterapia? Se sì con che farmaci \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Il paziente ha già eseguito esami di laboratorio?      Sì  No       Se sì allegare i referti

Il paziente ha già eseguito esami radiografici?      Sì  No       Se sì allegare i referti

Il paziente ha già eseguito un esame ecografico?      Sì  No       Se sì allegare i referti

Il paziente ha già eseguito un esame TC o RM?      Sì  No       Se sì allegare i referti

Il paziente ha già eseguito esami istologici o citologici?      Sì  No       Se sì allegare i referti

### Spuntare i sintomi e segni clinici attualmente presenti

Nessun sintomo, paziente asintomatico e in buone condizioni generali

Zoppia       Debolezza       Bere ed urinare più del normale       Mangiare poco o nulla

Vomito       Diarrea       Difficoltà ad alimentarsi       Odore particolare e differente dal solito

Tosse       Starnuti       Gonfiore e deformazione di alcune parti       Respiro Affannoso

Difficoltà nell'urinazione       Difficoltà nella defecazione       Aumento di dimensione dei linfonodi

Altro \_\_\_\_\_

In questo momento il paziente sta facendo terapie per la sua malattia? Se sì con che farmaci? Per cortesia specificare tipo, dose e metodiche e tempistiche di somministrazione

---

---

---

---

---

Se doveste definire lo stato di salute e la condizione del vostro animale in questo momento direste che è:

**Ottimo**  **Buono**  **Discreto**  **Scadente**  **Pessimo**

### Compilare solo in caso di noduli cutanei

Da quanto tempo è presente? \_\_\_\_\_ Si è ingrossato ultimamente? Sì  No

Cambia di colore o dimensioni durante la giornata? Sì  No  Prurito locale? Sì  No

Se è già stato operato, si è riformato nello stesso punto? Sì  No

Altro \_\_\_\_\_

---

---

---

---

---

---

---

Eventuali domande da porre al medico \_\_\_\_\_

---

---

---

---

---

---

---

**Grazie per la vostra collaborazione**