

Nº OS: 768948312211456

Paciente: PINGO

Data: 29/12/2022

Espécie: CANINA

Raça: SHIH-TZU

Sexo: M

Idade: 8 ano(s), 0 mes(es), 1 dia(s) Responsável: VIVIAN MORAES SILVA

Med. Vet. Solicitante: DRA. CAMILA MIKA

Clínica: ANIMACAO VET

Campos de responsabilidade da clínica solicitante do serviço de telerradiologia

EXAME RADIOGRÁFICO DE TELERRADIOLOGIA

Região radiografada: CRÂNIO

Incidências: DORSOVENTRAL, LATEROLATERAL (DIREITA E ESQUERDA) E LATEROLATERAIS OBLÍQUAS (DIREITA E ESQUERDA)

Laudo:

- Descontinuidade óssea em processo temporal do osso zigomático direito, com preservação do eixo ósseo, pela incidência dorsoventral (sugerindo fratura).
- Arco zigomático esquerdo sem alterações radiográficas.
- Cavidades nasais sem alterações radiográficas.
- Ramos mandibulares sem alterações radiográficas.
- Articulações temporomandibulares em topografia habitual.
- Discretas mineralizações em topografia de condutos auditivos.
- Espessamento da parede das bulas timpânicas.

Observações:

A correta interpretação radiográfica depende não só das imagens analisadas como da Anamnese e Histórico clínico do paciente, relatados aos Radiologistas.

A ausência destas informações até o momento da interpretação, impede um Diagnóstico Radiográfico preciso.

Nota: Os laudos de Telerradiologia são baseados nas imagens radiográficas recebidas, não conferindo a Provet a responsabilidade sobre os posicionamentos, qualidade técnica e identificação destas imagens.

Assinado eletronicamente por: CRMV SP-21625 Paula Catarina de Oliveira Faria



Paula C. de O. Faria
CRMV-SP 21625

Nº OS: **768948312211456**

Paciente: **PINGO**

Data: **29/12/2022**

Espécie: **CANINA**

Raça: **SHIH-TZU**

Sexo: **M**

Idade: **8 ano(s), 0 mes(es), 1 dia(s)** Responsável: **VIVIAN MORAES SILVA**

Med. Vet. Solicitante: **DRA. CAMILA MIKA**

Clínica: **ANIMACAO VET**

Campos de responsabilidade da clínica solicitante do serviço de telerradiologia



Assinado eletronicamente por: CRMV SP-21625 Paula Catarina de Oliveira Faria



Paula C. de O. Faria
CRMV-SP 21625

Nº OS: **768948312211456**

Paciente: **PINGO**

Data: **29/12/2022**

Espécie: **CANINA**

Raça: **SHIH-TZU**

Sexo: **M**

Idade: **8 ano(s), 0 mes(es), 1 dia(s)** Responsável: **VIVIAN MORAES SILVA**

Med. Vet. Solicitante: **DRA. CAMILA MIKA**

Clínica: **ANIMACAO VET**

Campos de responsabilidade da clínica solicitante do serviço de telerradiologia



Assinado eletronicamente por: CRMV SP-21625 Paula Catarina de Oliveira Faria



Paula C. de O. Faria
CRMV-SP 21625

Nº OS: **768948312211456**

Paciente: **PINGO**

Data: **29/12/2022**

Espécie: **CANINA**

Raça: **SHIH-TZU**

Sexo: **M**

Idade: **8 ano(s), 0 mes(es), 1 dia(s)** Responsável: **VIVIAN MORAES SILVA**

Med. Vet. Solicitante: **DRA. CAMILA MIKA**

Clínica: **ANIMACAO VET**

Campos de responsabilidade da clínica solicitante do serviço de telerradiologia



Assinado eletronicamente por: CRMV SP-21625 Paula Catarina de Oliveira Faria




Paula C. de O. Faria
CRMV-SP 21625

Nº OS: **768948312211456**

Paciente: **PINGO**

Data: **29/12/2022**

Espécie: **CANINA**

Raça: **SHIH-TZU**

Sexo: **M**

Idade: **8 ano(s), 0 mes(es), 1 dia(s)** Responsável: **VIVIAN MORAES SILVA**

Med. Vet. Solicitante: **DRA. CAMILA MIKA**

Clínica: **ANIMACAO VET**

Campos de responsabilidade da clínica solicitante do serviço de telerradiologia



Assinado eletronicamente por: CRMV SP-21625 Paula Catarina de Oliveira Faria



Paula C. de O. Faria
CRMV-SP 21625

Nº OS: **768948312211456**

Paciente: **PINGO**

Data: **29/12/2022**

Espécie: **CANINA**

Raça: **SHIH-TZU**

Sexo: **M**

Idade: **8 ano(s), 0 mes(es), 1 dia(s)** Responsável: **VIVIAN MORAES SILVA**

Med. Vet. Solicitante: **DRA. CAMILA MIKA**

Clínica: **ANIMACAO VET**

Campos de responsabilidade da clínica solicitante do serviço de telerradiologia



Assinado eletronicamente por: CRMV SP-21625 Paula Catarina de Oliveira Faria




Paula C. de O. Faria
CRMV-SP 21625