

# FICHE DE LIAISON



<b>VETERINAIRE TRAITANT</b>  Clinique :  Vétérinaire :  Mail :  Téléphone :	<b>PROPRIETAIRE</b>  <input type="checkbox"/> Mme <input type="checkbox"/> Mr  Nom et Prénom :  Adresse :  Mail :  Téléphone :	<b>ANIMAL</b>  Nom :  <input type="checkbox"/> Chien <input type="checkbox"/> Chat <input type="checkbox"/> NAC :  <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> Stérilisé(e)  Race :  Date de naissance :  Poids :  Assurance : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
---	--	---

## PRISE EN CHARGE

### PRISE EN CHARGE

- Globale
- Examen complémentaire uniquement
- Consultation de référé uniquement

### TYPE DE SUIVI DEMANDE

- Suivi post-opératoire (contrôle de plaie, retrait fils)
- Contrôles spécialisés (orthopédie, neurologie)
- Aucun, le vétérinaire traitant assure le suivi global

## DEMANDE D'EXAMEN

- Scanner, zone(s) souhaitée(s) :
- Radiographie  Echographie :  Abdominale  Cardiaque
- Rhinoscopie (*un scanner préalable peut être réalisé*)  Examen laboratoire : *cytologie, biopsie, LCR..*

## DEMANDE THERAPEUTIQUE

- Chirurgie, à préciser :
- Chimiothérapie
- Hospitalisation

## DEMANDE DE CONSULTATION

- Neurologie | Orthopédie
- Oncologie
- Médecine interne, à préciser :

## COMMEMORATIFS ET TRAITEMENT(S) ADMINISTRE(S)

\*Pour le rendez-vous l'animal devra être à jeun de nourriture solide depuis 12h.  
Conserver l'eau sauf indication contraire lors de la prise de rendez-vous par téléphone.