

FICHE DE LIAISON



VETERINAIRE TRAITANT

Clinique :

Vétérinaire :

Mail :

Téléphone :

PROPRIETAIRE

☐ Mme ☐ Mr

Nom et Prénom :

Adresse :

Mail :

Téléphone :

ANIMAL

Nom :

☐ Chien ☐ Chat ☐ NAC :
☐ M ☐ F ☐ Stérilisé(e)

Race :

Date de naissance :

Poids :

Assurance : ☐ Oui ☐ 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.*