Av Paul Langevin 59650 Villeneuve d'Ascq

Tél : +33 (0)3 20 34 41 34

E-mail : contact@oncovet.fr

Document à remplir par le vétérinaire référent et à nous retourner par e-mail **avant la prise de rendez-vous**

VÉTÉRINAIRE RÉFÉRENT

Dr : E-mail :

Cachet : Date :

Nom du propriétaire : Adresse : Tél :	**Animal :** ☐ chien ☐ chat ☐ autre Race : Sexe : Date de naissance :

CANCÉROLOGIE Consultation ☐ Bilan d'extension ☐ Chimiothérapie ☐ Radiothérapie ☐	**MÉDECINE INTERNE** Consultation ☐ Prise en charge totale ☐ Dialyse ☐	**IMAGERIE MÉDICALE** Scanner ☐ Echographie ☐ Imagerie seule (sans cs) ☐ *Merci de préciser le segment corporel*
CARDIOLOGIE Consultation ☐ Echocardiographie ☐ Holter ☐	**VIDEO-ENDOSCOPIE** Gastroscopie ☐ Coloscopie ☐ Fibroscopie respiratoire ☐	**CHIRURGIE** ☐ **NEUROLOGIE** ☐

DEGRÉ D'URGENCE

Normal (<4jrs) ☐ Rapide (<2jrs) ☐ Urgent (nous appeler) ☐

L'ANIMAL DOIT ÊTRE A JEUN DEPUIS LA VEILLE 22H00
(Il peut recevoir ses traitements et boire jusque 3h avant le rendez-vous)

Commémoratifs (Motif initial de consultation, date d'apparition, évolution, examen clinique …)

Examens effectués (à joindre OBLIGATOIREMENT svp)	**Traitements déjà réalisés**

Suite à la consultation, le traitement et la prise en charge seront réalisés par :
Oncovet ☐ Vétérinaire référent ☐

Vous recevrez automatiquement un compte-rendu par e-mail.

Souhaitez-vous aussi le recevoir par : Courrier ☐ Fax ☐

CADRE RÉSERVÉ A ONCOVET			
Date de réception FR :	**Par :**	**Clinicien :**	**RDV souhaité le :**
RDV confirmé	**Date :**	**Heure :**	**Fait par :**