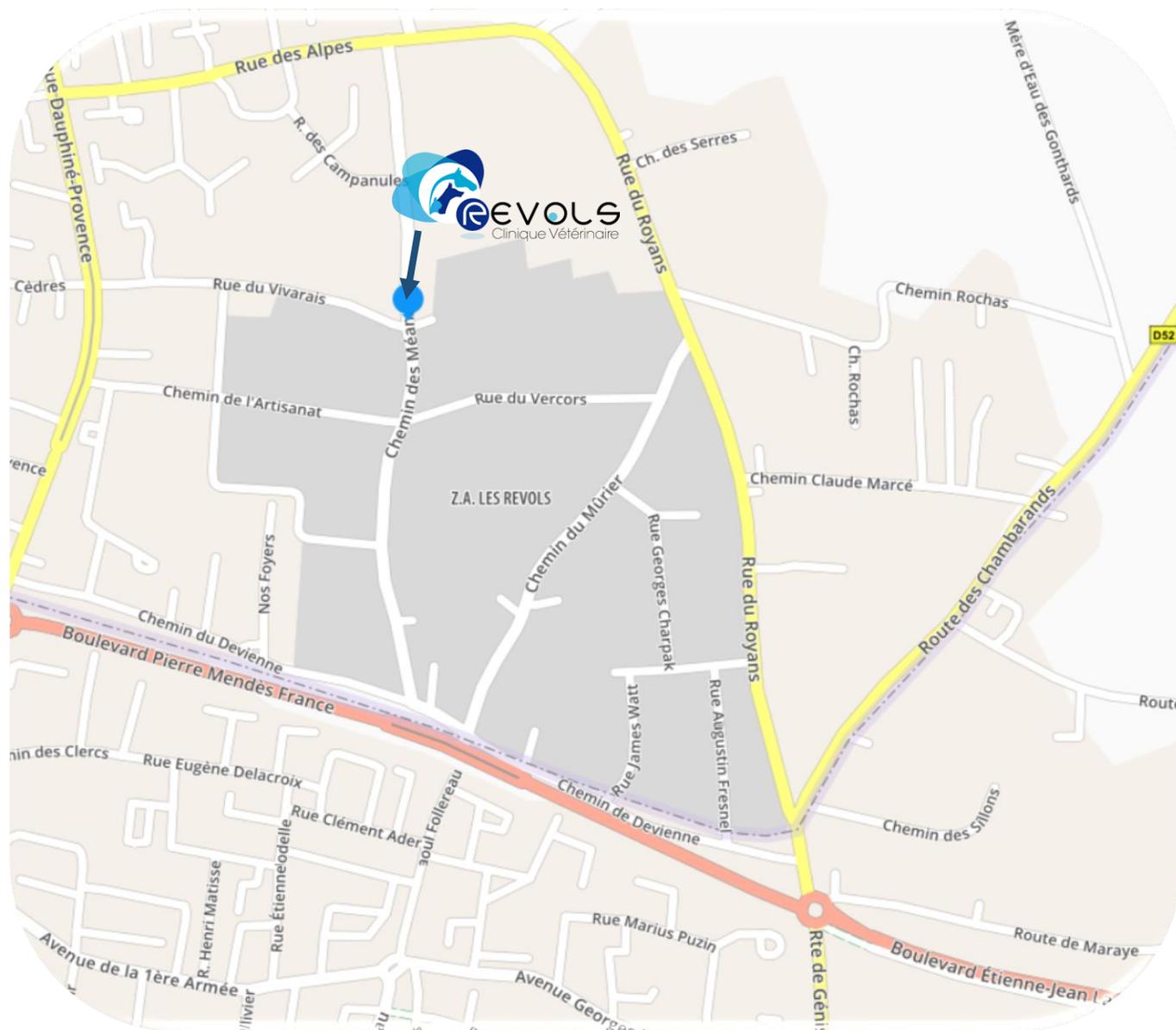


Demande d'examen scanner – Clinique Vétérinaire des Revols



Vétérinaire prescripteur

Nom et prénom :

Adresse :

Code Postal :

Ville :

Téléphone :

Mail :

Recommandations

- ✓ Votre animal doit être à jeun de nourriture depuis la veille au soir 20h (eau jusqu'au matin).
- ✓ Merci de nous transmettre le dossier médical, les résultats d'analyses et les traitements en cours de votre animal.
- ✓ Hormis les procédures d'urgence, aucun acte autre que ceux prescrits par votre vétérinaire ne pourra être réalisé.

Merci de compléter le cadre ci-dessous

Nom et prénom du propriétaire :

Adresse :

Code Postal :

Ville :

Téléphone :

Mail :

Animal

Nom de l'animal :

Race :

Sexe :

Date de naissance :

Antécédents connus :

Traitements actuels :

Si existantes, merci d'apporter les pièces utiles du dossier médical (radiographies, examens sanguins ...)

Anamnèse

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Examen demandé

- | | |
|---------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> C1-C5 | <input type="checkbox"/> Crâne |
| <input type="checkbox"/> C6-T2 | <input type="checkbox"/> Cou |
| <input type="checkbox"/> T3-L3 | <input type="checkbox"/> Thorax |
| <input type="checkbox"/> L4-S1+ | <input type="checkbox"/> Abdomen |
| | <input type="checkbox"/> Os/Articulation (préciser) : |
| | <input type="checkbox"/> Autre : |