



FICHE DE RÉFÉRÉ

Afin d'assurer une prise en charge optimale de votre patient, veuillez remplir les informations ci-dessous.

VÉTÉRAIRE RÉFÉRANT

Dr(e) :

Clinique :

Vous souhaitez être informé du cas par :

☐ Téléphone :

ou ☐ Mail :

PATIENT

PROPRIÉTAIRE

Nom/prénom :

Adresse :

Mail :

Tél :

ANIMAL

Nom :

Espèce :

Date de naissance :

Sexe :

DEMANDE DE PRISE EN CHARGE

MOTIF DE LA DEMANDE :

Vous souhaitez :

☐ Une prise en charge globale (analyses complémentaire, hospitalisation, intervention chirurgicale...)

☐ Consultation ou examen complémentaire seul

TYPE DE PRISE EN CHARGE SOUHAITÉE :

☐ Endoscopie*

☐ Imagerie

☐ Cardiologie

☐ Hospitalisation

☐ Consultation de chirurgie

☐ Chirurgie orthopédique

☐ Chirurgie des tissus mous

☐ Chirurgie ophtalmologique

☐ Neurochirurgie

☐ Comportement

☐ NAC

Endoscopie :

☐ Gastroskopie

☐ Coloscopie

☐ Bronchoscopie

Echographie :

☐ Abdominale

☐ Cardiaque

☐ Radiographie :

Zone :

☐ Orthopédique

Zone :

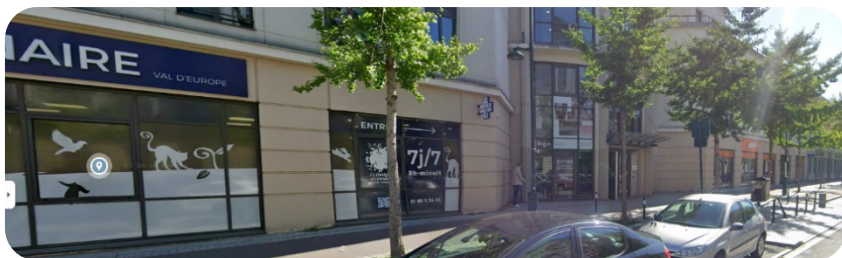
*Pour les endoscopies, une consultation au préalable est obligatoire avec le vétérinaire réalisant l'acte.

DEMANDE DE PRISE EN CHARGE (SUITE)

Scanner (tous compris 1 zone : 600 € - zone supplémentaire 100 €) :

- | | |
|---|---|
| ☐ Thorax | ☐ Carpes / doigts |
| ☐ Abdomen | ☐ Tarses / doigts |
| ☐ Tête / Tissu mou encolure | ☐ Bassin/ hanche / grasset |
| ☐ Colonne vertébrale cervico-thoracique (C1-T3) | ☐ Myéloscanner |
| ☐ Colonne vertébrale thoraco-combo sacré (T1-T5) | ☐ Lyphagioscanner |
| ☐ Epaules/ coudes | ☐ Angioscanner |

INFORMATION COMPLÉMENTAIRES nécessaire à la compréhension du cas (*incluant les résultats d'examens complémentaires*) :



PLAN D'ACCÈS :
16 cours du Danube, 77700 Serris

