



Clinique Vétérinaire
des **Sources**

32 bis, rue du Bourg
08000 LES AYVELLES

Tél. : **03 24 54 60 64**

www.clinique-veterinaire-des-sources.fr

Dr. CROISIER B.

*Dr. en médecine vétérinaire
N° d'inscription à l'ordre : 11821
Certifié d'études supérieures
en Chirurgie Ostéo-Articulaire
et Orthopédie Animale*

Dr. WARMOES Th.

*Dr. en médecine vétérinaire
N° d'inscription à l'ordre : 604
Certifié d'études supérieures
en Dermatologie
Certifié d'études supérieures
en Ophthalmologie
Maladies oculaires héréditaires
canines*

DATE :

VÉTÉRIINAIRE TRAITANT

FICHE DE LIAISON

PROPRIÉTAIRE :

Nom : Prénom :

Adresse :

..... Tél. :

ANIMAL :


Nom : Chien Chat


Race : Âge :

Sexe : Mâle Mâle castré

Femelle Femelle stérilisée

ASSURANCE SANTÉ ANIMAL : OUI NON

 Votre vétérinaire vous adresse à la clinique pour une urgence, un acte médical ou chirurgical. Sauf obligation et en accord avec le confrère, nos soins se limiteront à ceux prescrits par votre vétérinaire.

 Sauf contre-indication de votre vétérinaire merci de présenter votre animal à jeun de la veille au soir. Pour les endoscopies, présenter votre animal à jeun depuis 48h (laisser l'eau à disposition).

NATURE DU RÉFÉRÉ

CONSULTATION :

.....

EXAMENS COMPLÉMENTAIRES :

Radiographie

Echographie

Echocardiographie

Endoscopie (digestif / respiratoire / articulaire)

Myelographie - Ponction LCR

Test IDR

Electro-cardiographie

Electro-retinographie

Autre :

.....

CHIRURGIE :

.....

.....

HOSPITALISATION :

COMMÉMORATIFS CLINIQUES

.....

.....

.....

.....

.....

.....

EXAMENS COMPLÉMENTAIRES EFFECTUÉS

TRAITEMENTS INSTAURÉS

REMARQUES / SOUHAITS / PRÉCISIONS

Pour le suivi post-opératoire (et / ou rx contrôle), souhaitez-vous :

- qu'il soit assuré par vos soins
- qu'il soit assuré par nos soins

Souhaitez-vous recevoir de préférence le compte-rendu par :

- Téléphone :
- Fax n° :
- Courrier :
- E-Mail :

