



DEMANDE DE PRISE EN CHARGE

Vétérinaire Traitant

Docteur :

COMPTE-RENDU SOUHAITE PAR :

- E-mail :
 Courrier :
 Fax :

1. Demande de consultation:

- Cancérologie
 Chirurgie
 Physiothérapie
 Acupuncture/Ostéopathie
 Phytothérapie

2. Demande d'examen:

- | | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Radiographie | <input type="checkbox"/> Echographie abdominale | <input type="checkbox"/> Echographie cardiaque |
| <input type="checkbox"/> Scanner * : | <input type="checkbox"/> Rachis (préciser le(s) segment(s)) : | <input type="checkbox"/> Abdomen |
| <input type="checkbox"/> Encéphale | <input type="checkbox"/> Région cervicale C1-T3 | <input type="checkbox"/> Filière pelvienne |
| <input type="checkbox"/> Cavités nasales | <input type="checkbox"/> Thoraco-lombaire T3-L3 | <input type="checkbox"/> Bilan d'extension TAP (thorax-abdomen-pelvis) |
| <input type="checkbox"/> Région orbitaire | <input type="checkbox"/> Lombo-sacré L3-sacrum | <input type="checkbox"/> Autre (préciser) : |
| <input type="checkbox"/> Bulles tympaniques | <input type="checkbox"/> Thorax | |
| <input type="checkbox"/> Membre – Articulation : | | |

Si nécessaire, souhaitez-vous la réalisation au cours de l'examen de :

- Cytoponction Biopsie Ponction de LCR Autre (préciser) :

3. Demande thérapeutique:

- Chimiothérapie Radiothérapie Chirurgie

Propriétaire : Dans le cas où une anesthésie générale est prévue, la réalisation d'examens complémentaires est nécessaire afin de minimiser les risques anesthésiques. Votre vétérinaire choisira et réalisera au préalable, avec votre accord, les examens complémentaires qu'il jugera nécessaire à la bonne marche de l'examen. Pour son anesthésie, et sans indication particulière de la part de votre vétérinaire, votre animal doit **rester à jeun (boisson et aliment) 12h avant l'examen. Veuillez apporter tous les examens déjà réalisés pour votre animal** (analyses, radiographies, échographies...).

NOM, Prénom :

Nom de l'animal :

Adresse :

Chien Chat Autre :

.....

Race :

Téléphone :

Date de naissance : Poids :

E-mail :

Sexe : Mâle Femelle Stérilisé

N° Identification :

* Pour un **SCANNER**, nous vous procurerons le produit de contraste OMNIPAQUE 350 ou VISIPAQUE 320.

Assurance animalière : Non / Oui (préciser) :