

## DEMANDE D'EXAMEN SCANNER

### FEUILLE DE RÉFÉRÉ

En prendre soin...

comme des nôtres

#### ANIMAL

Nom : .....

Espèce : ..... Race : .....

Date de naissance : ..... / ..... / ..... Poids : .....

DEMANDE SPONTANÉE :  Oui  Non

#### ANTÉCÉDENTS D'INCIDENTS ANESTHÉSIIQUES

#### VÉTÉRINAIRE RÉFÉRANT

Nom du vétérinaire : .....

Nom de la clinique : .....

Adresse : .....

E-mail : .....

Téléphone : .....

#### ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX NOTABLES

#### PROPRIÉTAIRE

Nom : .....

Adresse : .....

E-mail : .....

Téléphone : .....

# DEMANDE D'EXAMEN SCANNER - FEUILLE DE RÉFÉRÉ

## EXAMEN SCANNER : ZONE D'EXPLORATION DEMANDÉE

Tête     Cou     Thorax     Abdomen     Colonne vertébrale     Bassin

**Membres thoraciques :**  Carpes + Mains     Coudes     Épaules

**Membres pelviens :**  Tarses + Mains     Grassets     Hanches

## PATHOLOGIE(S) SUSPECTÉE(S)

.....

.....

.....

## RÉSULTATS EXAMENS EFFECTUÉS (À TRANSMETTRE)

.....

.....

.....

.....

.....

**COMPLÉMENTS D'EXAMENS POSSIBLES :**     Oui     Non  
(Ponctions, biopsie, radiologie, prise de sang....)

## COMMENTAIRES

.....

.....

.....

.....

.....