

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