



Formulaire de cas référé en **CHIRURGIE**

Vétérinaire traitant

DR	CLINIQUE	VILLE
VOTRE EMAIL		

Propriétaire

NOM	PRÉNOM	E MAIL
ADRESSE		
CP	VILLE	TÉL :

Animal

NOM	ESPÈCE	RACE
DATE DE NAISSANCE OU ÂGE	POIDS EN KG	

Renseignements cliniques

COMMÉMORATIFS

DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL

TRAITEMENTS ET RÉPONSE CLINIQUE

REMARQUES

Type de prise en charge souhaitée

- PRISE EN CHARGE COMPLÈTE
- CONSULTATION
- EXAMENS COMPLÉMENTAIRES
- PRISE EN CHARGE CHIRURGICALE
- PRISE EN CHARGE MÉDICALE
- HOSPITALISATION ET SOINS
- DÉLIVRANCE MÉDICAMENTS
- AUTRE : PRÉCISER

Consignes à transmettre au propriétaire

- Mettre l'animal à jeun depuis la veille au soir.
- Apporter les documents nécessaires à la compréhension du dossier (radiographies, examens sanguins, ...)
- Afin qu'il soit reçu dans les meilleures conditions, merci également de vous assurer que votre client a bien compris qu'il devait **prendre rendez-vous**.

Informations complémentaires

- En dehors des raisons pour lesquelles l'animal a été adressé initialement, nous ne le recevrons à nouveau qu'à votre demande ou avec votre accord.
- Les examens réalisés sur l'animal que vous référez se limiteront à ceux que vous nous aurez demandés.