

Formulaire de cas référé en Imagerie

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	

Type d'imagerie :

SCANNER RADIOGRAPHIE ÉCHOGRAPHIE

Scanner

---> Crâne	<input type="checkbox"/> BULLES TYMPANIQUES	<input type="checkbox"/> CAVITÉS NASALES	<input type="checkbox"/> ENCÉPHALE	<input type="checkbox"/> DENTISTERIE	
---> Rachis	<input type="checkbox"/> SCANNER SIMPLE	<input type="checkbox"/> MYÉLOSCANNER	<input type="checkbox"/> CERVICAL C1-T2	<input type="checkbox"/> THORACO-LOMBAIRE T3-S1	<input type="checkbox"/> LOMBO-SACRÉ L4-S3
---> Abdomen/Thorax	<input type="checkbox"/> ABDOMEN	<input type="checkbox"/> THORAX			
---> Orthopédie	<input type="checkbox"/> ÉPAULES	<input type="checkbox"/> COUDES	<input type="checkbox"/> AUTRES (PRÉCISER)	<input type="text"/>	
---> Autre examen	<input type="text"/>				

Ponction de LCR Oui Non

Bilan rénal avant injection de produit de contraste À FAIRE DÉJÀ FAIT PAR LE VÉTÉRINAIRE TRAITANT

Échographie

ÉCHO ABDO ÉCHO THORACIQUE ÉCHOCARDIOGRAPHIE

Renseignements cliniques

ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX IMPORTANTS / PATHOLOGIES CHRONIQUES :

ANAMNÈSE / EXAMENS COMPLÉMENTAIRES :

TRAITEMENTS EN COURS :

HYPOTHÈSES DIAGNOSTIQUES :

REMARQUES

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.