



DEMANDE D'EXAMEN COMPLEMENTAIRE SEUL

PARTIE DESTINÉE AU VÉTÉRINAIRE

Lors de demande d'examen complémentaire seul, la démarche de l'intervenant du CHV se limitera à la réalisation de l'examen souhaité (sinon utilisez le formulaire de prise en charge)

VÉTÉRINAIRE PRESCRIPTEUR : N° d'ordre : Date : <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content; margin: 5px auto;">CACHET :</div> COMPTE-RENDU SOUHAITÉ PAR : E-mail : Courrier Fax n° : Téléphone :	EXAMEN : Radiographie Echographie ¹ Scanner ² IRM ² Fibroscopie ² Arthroscopie ² Autre : Si nécessaire, réalisation de prélèvements : (cytoponction, biopsie, ...) OUI NON	RÉGION : Encéphale Tête hors encéphale ³ : Thorax Cœur Abdomen ³ : Rachis ⁴ : Membre – articulation ³ : Autre : <small>1- Animal à jeun pour les échographies abdominales, ne pas faire uriner les 3 heures qui précèdent 2- Examen sous anesthésie générale, animal à jeun 3- Préciser la région anatomique 4- Préciser le segment : C1-C5, C6-T2, T3-L3, L4-S3, C1-T2, T3-S3, Colonne entière</small>
ANAMNÈSE – EXAMEN CLINIQUE : HYPOTHÈSES DIAGNOSTIQUES :	ALLERGIES : NON OUI, précisez : ANTECEDENTS CONNUS : (cardiopathie, risque anesthésique, etc...) REMARQUES :	

PARTIE DESTINÉE AU PROPRIÉTAIRE

Lors de la prise de rendez-vous, pour mieux organiser votre venue, précisez bien au secrétariat l'examen pour lequel votre vétérinaire vous envoie

NOM, Prénom : ADRESSE : TÉLÉPHONE 1 : TÉLÉPHONE 2 : E-MAIL :	Nom de l'animal : Espèce : _____ Autre : _____ Race : _____ Date de naissance : _____ Poids : _____ Kg Sexe : _____ N° Identification : _____ Assurance animalière : Oui Non
---	--