



DEMANDE D'EXAMEN COMPLEMENTAIRE SEUL

PARTIE DESTINÉE AU VÉTÉRIINAIRE

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)

<p>VÉTÉRIINAIRE PRESCRIPTEUR :</p> <p>.....</p> <p>N° d'ordre :</p> <p>Date :</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center; width: fit-content; margin: 10px auto;"> <p>CACHET :</p> </div> <p>COMPTE-RENDU SOUHAITÉ PAR :</p> <p><input type="checkbox"/> Courrier</p> <p><input type="checkbox"/> Fax n°:.....</p> <p><input type="checkbox"/> Téléphone</p> <p><input type="checkbox"/> E-mail :</p> <p>.....</p> <p>ANAMNÈSE – EXAMEN CLINIQUE :</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>HYPOTHÈSES DIAGNOSTIQUES :</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>	<p>EXAMEN :</p> <p><input type="checkbox"/> Radiographie</p> <p><input type="checkbox"/> Echographie¹</p> <p><input type="checkbox"/> Scanner²</p> <p><input type="checkbox"/> IRM²</p> <p><input type="checkbox"/> Fibroscopie²</p> <p><input type="checkbox"/> Arthroscopie²</p> <p><input type="checkbox"/> Autre :.....</p> <p>.....</p> <p>Si nécessaire, réalisation de prélèvements : (cytoponction, biopsie, ...)</p> <p><input type="checkbox"/> OUI</p> <p><input type="checkbox"/> NON</p>	<p>RÉGION :</p> <p><input type="checkbox"/> Encéphale</p> <p><input type="checkbox"/> Tête hors encéphale³ :</p> <p><input type="checkbox"/> Thorax</p> <p><input type="checkbox"/> Cœur</p> <p><input type="checkbox"/> Abdomen³ :</p> <p><input type="checkbox"/> Rachis⁴ :</p> <p><input type="checkbox"/> Membre – articulation³ :</p> <p><input type="checkbox"/> Autre :.....</p> <p>.....</p> <p><small>1- Animal à jeun pour les échographies abdominales, ne pas faire uriner les 3 heures qui précèdent</small></p> <p><small>2- Examen sous anesthésie générale, animal à jeun</small></p> <p><small>3- Préciser la région anatomique</small></p> <p><small>4- Préciser le segment : <input type="checkbox"/> C1-C5, <input type="checkbox"/> C6-T2, <input type="checkbox"/> T3-L3, <input type="checkbox"/> L4-S3, <input type="checkbox"/> C1-T2, <input type="checkbox"/> T3-S3, <input type="checkbox"/> Colonne entière</small></p>
	<p>ALLERGIES :</p> <p><input type="checkbox"/> NON</p> <p><input type="checkbox"/> OUI, précisez :</p> <p>.....</p> <p>ANTECEDENTS CONNUS :</p> <p>(cardiopathie, risque anesthésique, etc...)</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>REMARQUES :</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>	

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

<p>NOM, Prénom :</p> <p>ADRESSE :</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>TÉLÉPHONE 1 :</p> <p>TÉLÉPHONE 2 :</p> <p>E-MAIL :</p>	<p>Nom de l'animal:</p> <p><input type="checkbox"/> Chien <input type="checkbox"/> Chat <input type="checkbox"/> Autre :.....</p> <p>Race :</p> <p>Date de naissance : / / Poids :</p> <p>Sexe : <input type="checkbox"/> Mâle <input type="checkbox"/> Mâle castré <input type="checkbox"/> Femelle <input type="checkbox"/> Femelle stérilisée</p> <p>N° Identification :</p> <p>Assurance animalière : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p>
--	--