

SERVICE CHIRURGIE/ORTHOPEDIE

1/ Vétérinaire référant :

Je souhaite recevoir le compte-rendu par :

| | |
|---------------------------------------|--|
| Cachet du cabinet ou de la clinique : | <input type="checkbox"/> E-mail <input type="checkbox"/> Autre (merci de préciser par quel moyen) |
|---------------------------------------|--|

2/ Je vous adresse l'animal :

Nom..... Espèce : Race.....
Sexe : Date de naissance..... Poids.....kg

Nom.....Prénom.....
Adresse.....
.....
Téléphone.....

3/ Renseignements cliniques :

.....
.....
.....

4/ Pour le motif suivant :

- Consultation spécialisée seule
- Consultation spécialisée et chirurgie éventuelle
- Chirurgie seule
- Examen radiographique seul (préciser la région et les incidences) :

5/ Suivi

- Je souhaite effectuer le suivi éventuel
- Je ne souhaite pas effectuer le suivi éventuel

Examens complémentaires et traitements déjà effectués :

.....
.....
.....
.....
.....
.....

Examens complémentaires déjà réalisés :

| | | | | | | | |
|----------------------|--|-----------|--|-----------------|--|------------------|--|
| Radiographie : | | | | Echographie : | | | |
| Biochimie : | | | | Hématologie : | | | |
| Creatinine | | Protéines | | GB | | CCMH | |
| Urée | | Albumine | | GNN | | Rétic | |
| Glucose | | Ca | | Lympho | | IDR | |
| PAL | | Na | | Hgb | | PLT | |
| ALT | | K | | Hct | | | |
| Autre | | | | VGM | | | |
| Temps de coagulation | | | | Analyse d'urine | | | |
| TQ | | | | du | | Corps cétoniques | |
| TCA | | | | pH | | Culot | |
| Fibrinogène | | | | Prot | | | |
| | | | | Glucose | | | |
| | | | | Bili | | | |