

SERVICE DE MEDECINE INTERNE / IMAGERIE

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

Propriétaire : Nom.....Prénom.....
 Adresse.....
Téléphone.....

3/ Pour le motif suivant :

Examen complémentaire seul :

- Radiographie (région à radiographier et incidences souhaitées).....
- Echographie :
 - Echographie abdominale
 - Echocardiographie
 - Echographie régionale (préciser) :
- Endoscopie (préciser la région souhaitée).....
- Autre

Diagnostic seul (Consultation spécialisée et examens complémentaires éventuels)

Diagnostic et traitement si nécessaire (Consultation, examens complémentaires éventuels, chirurgie ou hospitalisation)

4/ Renseignements cliniques :

Commémoratifs et anamnèse :

.....

Traitements déjà administrés :

.....

Je souhaite réaliser le suivi Je ne souhaite pas réaliser le suivi

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			
Endocrinologie				Analyse d'urine			
T4				du		Corps cétoniques	
TSH				pH		Bili	
Freinage faible à la dexaméthasone	T0 :	T4 :	T8 :	Prot		Glucose	
Stimulation à l'ACTH	T0 :	T1h30 :		Culot			
Temps de coagulation				Autres :			
TQ							
TCA							
Fibrinogène							