



Date :

Vétérinaire traitant :

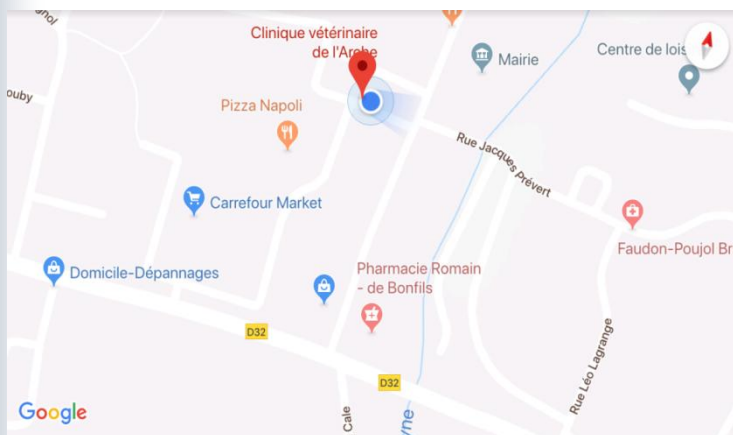
.....

E-mail :

CACHET :

Plan d'accès

Rue du 19 mars 1962 24130 Prignonrieux



Médecine générale

Médecine interne

Chirurgie

Laboratoire

Hospitalisation

Vidéo-endoscopie

Echographie

Radiologie

Scanner

Laser / Acupuncture

Urgence

Contact

Téléphone : 05 53 58 56 50

cliniquedelarche24@orange.fr

PARTIE RESERVEE AU PROPRIETAIRE

Propriétaire

Nom :

Adresse :

Téléphone :

E-mail :

Animal

Nom : Espèce :

Race : Sexe :

Date de naissance :/...../..... Poids :

Instructions aux propriétaires :

Sauf contre indication de votre vétérinaire, merci de présenter votre animal à jeun de la veille au soir.

Pour les examens nécessitant une anesthésie générale (scanner, chirurgie, endoscopie ...), merci de déposer votre animal le matin et prévoir de le récupérer dans l'après-midi.

Apporter tous les documents utiles (analyses, radiographies, dossier médical, dossier d'assurance ...)

Votre vétérinaire nous confie votre animal pour un acte défini, sauf obligation médicale, nos soins se limiteront à ceux prescrits par votre vétérinaire.

Type et niveau de prise en charge souhaitée :

- ✓ Une prise en charge globale du cas
jusqu'à l'issue des soins (consultation,
examens complémentaires et mesures thérapeutiques)

- ✓ Un examen spécialisé uniquement (compléter ci-dessous) :

○ **IMAGERIE :**

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Radiographie | <input type="checkbox"/> Scanner |
| <input type="checkbox"/> Echographie abdominale | <input type="checkbox"/> Endoscopie respiratoire |
| <input type="checkbox"/> Echocardiographie | <input type="checkbox"/> Endoscopie digestive haute
ou basse |

○ **CHIRURGIE**
(à préciser) :

○ **LASER**

○ **OPHTALMOLOGIE**

Pour le suivi je propose que :

Les suites post-opératoires et les consultations de contrôle soient assurées
par :

- La clinique vétérinaire de l'arche
- Mes soins

Renseignements cliniques :

- ✓ **Motif de consultation :**
.....
- ✓ **Commémoratifs :**
.....
.....
.....
- ✓ **Examens complémentaires déjà réalisés :**
.....
.....
.....
- ✓ **Hypothèses diagnostiques :**
.....
.....
.....
- ✓ **Traitements administrés :**
.....
.....
.....
- ✓ **Remarques ou souhaits :**
.....
.....

Je souhaite être tenu informé des résultats par :

- E-mail :
- Téléphone :