



FEUILLE DE RÉFÉRÉ

Nom du vétérinaire traitant

Nom
Prénom
Adresse
Code postal Ville
Tél. fixe Tél. portable.....

CACHET DU VÉTÉRINAIRE TRAITANT

Nom du client

Nom Prénom
Adresse
Code postal Ville Tél. fixe Tél. portable.....

Animal

Nom Date de naissance
Espèce Race

Service demandé

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Chirurgie orthopédique | <input type="checkbox"/> Gastroskopie | <input type="checkbox"/> Médecine interne |
| <input type="checkbox"/> Neurochirurgie - Neurologie | <input type="checkbox"/> Coloscopie | <input type="checkbox"/> Cardiologie |
| <input type="checkbox"/> Chirurgie tissus mous | <input type="checkbox"/> Tomodensitométrie (scanner) | <input type="checkbox"/> Oncologie |
| <input type="checkbox"/> Endoscopie | <input type="checkbox"/> Radiologie (préciser localisation) | <input type="checkbox"/> Ophtalmologie |
| <input type="checkbox"/> Rhinoscopie | <input type="checkbox"/> Echographie abdominale | <input type="checkbox"/> Comportement |
| <input type="checkbox"/> Laryngoscopie et appareil respiratoire supérieur | | <input type="checkbox"/> Echographie cardiaque |
| <input type="checkbox"/> NAC | | |
| <input type="checkbox"/> Trachéo-bronchoscopie | | |

Commémoratifs (préciser en particulier le mode d'évolution - aigu ou chronique, les traitements déjà mis en place)

.....

.....

Remarques et consignes particulières (diagnostic différentiel suspecté, suivi à faire par nos soins,...)

.....

.....

Demande d'examen tomodensitométrique (scanner)

MODALITÉS : ANIMAL À JEUN, ANESTHÉSIE GÉNÉRALE, HOSPITALISATION UNE DEMI-JOURNÉE

EXAMEN DEMANDÉ

- | | | |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Encéphale | <input type="checkbox"/> Cou (tissus mous) | <input type="checkbox"/> Abdomen |
| <input type="checkbox"/> Bulles tympaniques | <input type="checkbox"/> Rachis (préciser le segment concerné) | <input type="checkbox"/> Abdomino-pelvien |
| <input type="checkbox"/> Cavités nasales | <input type="checkbox"/> Myéloscanner | <input type="checkbox"/> Fistule (préciser le site) |
| <input type="checkbox"/> Maxillaire | <input type="checkbox"/> Thorax | <input type="checkbox"/> Ophtalmologie |
| <input type="checkbox"/> Mandibule | <input type="checkbox"/> Cushing (Hypophyse + surrénales) | <input type="checkbox"/> Angioscanner |
| | | (préciser recherche : shunt...) |

EXAMENS COMPLÉMENTAIRES SOUHAITÉS

- | | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Ponction de LCR | <input type="checkbox"/> Cytoponction aiguille fine | <input type="checkbox"/> Biopsie des tissus mous |
|--|---|--|

Université
de Perpignan
Via Domitia

Parc des Sports

Chemin de la Fauceille

Avenue Albert Einstein

Tecnosud


**NEO
VET**

clinique vétérinaire
LA CROIX BLEUE



OÙ NOUS TROUVER ?

ZAE Tecnosud 2 / Mas Delfau
136, Avenue Eole
66100 Perpignan

NOS HORAIRES DE CONSULTATION :

Du lundi au vendredi : de 8h à 12h et de 14h à 19h.
Le samedi : de 8h à 12h et de 14h à 18h.