

FICHE DE LIAISON

Vétérinaire traitant

Nom :
Adresse :
Email :
Téléphone :
Signataire de la Charte SeineVet

Animal

Nom :
Date de naissance :
Espèce : chien chat NAC
Race :
Sexe : mâle femelle stérilisé(e)

Propriétaire de l'animal

Nom :
Prénom :
Adresse :
Email :
Téléphone :

J'ai pris connaissance de la Charte SeineVet
consultable sur www.seinevet.fr

date :

Signature du propriétaire

Vous souhaitez : Prise en charge globale Examen complémentaire seul (se reporter au dernier paragraphe)

Vous souhaitez être informé du cas : Par téléphone Par mail Par courrier

Vous souhaitez que le suivi de la pathologie soit assuré par : Mes soins SeineVet

Motif de consultation

Renseignements cliniques (commémoratifs, examens, traitements)

Service demandé

- | | | |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Chirurgie * | <input type="checkbox"/> Endoscopie * : | |
| <input type="checkbox"/> Médecine interne | <input type="checkbox"/> Digestive haute ** | <input type="checkbox"/> Digestive basse ** |
| <input type="checkbox"/> Dermatologie | <input type="checkbox"/> Respiratoire | <input type="checkbox"/> Syndrome brachycéphale |
| <input type="checkbox"/> Oncologie | <input type="checkbox"/> Urinaire | <input type="checkbox"/> Génital |
| <input type="checkbox"/> Reproduction | <input type="checkbox"/> Vidéo-otoscopie | |
| <input type="checkbox"/> Comportement | <input type="checkbox"/> Imagerie médicale * : | |
| <input type="checkbox"/> Soins intensifs | <input type="checkbox"/> Scanner * : région(s) : | |
| | <input type="checkbox"/> Echographie * : organe(s) : | |
| | <input type="checkbox"/> Radiographie : région(s) : | |

(* examens sous anesthésie générale, animal à jeun)
(** préparation spécifique, se renseigner avant)