



## DEMANDE D'EXAMEN COMPLEMENTAIRE SEUL

### PARTIE DESTINÉE AU VÉTÉRINAIRE

Lors de demande d'examen complémentaire seul, la démarche de l'intervenant du CHV se limitera à la réalisation de l'examen souhaité (sinon utilisez le formulaire de prise en charge)

<b>VÉTÉRINAIRE PRESCRIPTEUR :</b>  <b>N° d'ordre :</b>  <b>Date :</b> <div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 100%; text-align: center; padding: 5px;">CACHET :</div>	<b>EXAMEN :</b>  Radiographie  Echographie <sup>1</sup>  Scanner <sup>2</sup>  IRM <sup>2</sup>  Fibroscopie <sup>2</sup>  Arthroscopie <sup>2</sup>  Autre :	<b>RÉGION :</b>  Encéphale  Tête hors encéphale <sup>3</sup> :  Thorax  Cœur  Abdomen <sup>3</sup> :  Rachis <sup>4</sup> :  Membre – articulation <sup>3</sup> :  Autre :
<b>COMPTE-RENDU SOUHAITÉ PAR :</b>  E-mail : Courrier Fax n° : Téléphone :	<b>Si nécessaire, réalisation de prélèvements :</b> (cytoponction, biopsie, ...)  OUI NON	<small>1- Animal à jeun pour les échographies abdominales, ne pas faire uriner les 3 heures qui précèdent 2- Examen sous anesthésie générale, animal à jeun 3- Préciser la région anatomique 4- Préciser le segment : C1-C5, C6-T2, T3-L3, L4-S3, C1-T2, T3-S3, Colonne entière</small>
<b>ANAMNÈSE – EXAMEN CLINIQUE :</b>           <b>HYPOTHÈSES DIAGNOSTIQUES :</b>	<b>ALLERGIES :</b>  NON  OUI, précisez :   <b>ANTECEDENTS CONNUS :</b>  (cardiopathie, risque anesthésique, etc...)     <b>REMARQUES :</b>	

### PARTIE DESTINÉE AU PROPRIÉTAIRE

Lors de la prise de rendez-vous, pour mieux organiser votre venue, précisez bien au secrétariat l'examen pour lequel votre vétérinaire vous envoie

<b>NOM, Prénom :</b>  <b>ADRESSE :</b>    <b>TÉLÉPHONE 1 :</b>  <b>TÉLÉPHONE 2 :</b>  <b>E-MAIL :</b>	<b>Nom de l'animal :</b>  <b>Espèce :</b> _____ <b>Autre :</b> _____ <b>Race :</b> _____ <b>Date de naissance :</b> _____ <b>Poids :</b> _____ <b>Kg</b> <b>Sexe :</b> _____ <b>N° Identification :</b> _____ <b>Assurance animalière :</b> Oui Non
---	--