

## Feuille de Référé

### PROPRIETAIRE

Nom, Prénom :

Adresse :

Téléphone :

E-Mail :

### VETERINAIRE PRESCRIPTEUR

Nom :

Cachet / Coordonnées :

Compte-rendu souhaité par : (Préciser si différent du cachet)

Téléphone

Fax

E-Mail

Courrier

### ANIMAL

Nom :

Espèce :  Chien  Chat

Autre :

Race :

Date de naissance :  Poids :

Sexe :  Mâle  Femelle

Stérilisé :  Oui  Non

N° identification :

Assurance :  Oui  Non Société :

### TYPE DE DEMANDE

En vous remerciant pour la confiance que vous nous accordez

Examen / Acte unique  Prise en charge globale

(la clinique LorraineVet se limitera à l'examen souhaité) (Consultation, examen et soins associés)

### MOTIF DE PRISE EN CHARGE

<p><u>Consultation spécifique*</u> :</p> <p>(Examens complémentaires, chirurgie et soins effectués à lorrainevet)</p> <p><input type="checkbox"/> Dermatologie</p> <p><input type="checkbox"/> Médecine interne</p> <p><input type="checkbox"/> Imagerie</p> <p><input type="checkbox"/> Ophtalmologie</p> <p><input type="checkbox"/> Chirurgie</p> <p><input type="checkbox"/> Consultation et Chirurgie NAC</p> <p><input type="checkbox"/> Physiothérapie</p> <p><input type="checkbox"/> Autre : <input type="text"/></p> <p>Suivi (sutures, contrôles...) effectué par :</p> <p><input type="checkbox"/> LorraineVet <input type="checkbox"/> Vétérinaire prescripteur</p> <p>Motif principal de consultation ou d'examen : <input type="text"/></p>	<p><u>Examen ou acte seul*</u> :</p> <p>(Examen ou acte effectué seul (pas de suivi à LorraineVet))</p> <p><input type="checkbox"/> IRM</p> <p><input type="checkbox"/> Scanner</p> <p><input type="checkbox"/> Échographie</p> <p><input type="checkbox"/> Fibro-/Endoscopie</p> <p><input type="checkbox"/> Autre : <input type="text"/></p> <p><u>Prélèvements associés</u> :</p> <p>(ponction LCS, cytoponction, biopsies)</p> <p><input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p>	<p><u>Région concernée (préciser) :</u></p> <p>(En cas d'examen seul)</p> <p><input type="checkbox"/> Tête : <input type="text"/></p> <p><input type="checkbox"/> Rachis : <input type="text"/></p> <p><input type="checkbox"/> Thorax : <input type="text"/></p> <p><input type="checkbox"/> Abdomen : <input type="text"/></p> <p><input type="checkbox"/> Membre : <input type="text"/></p> <p><input type="checkbox"/> Autre : <input type="text"/></p> <p><small>* Les actes chirurgicaux, fibroscopies et scanners, ainsi que certaines radiographies nécessitent une <b>anesthésie générale</b>. Amener l'animal à jeun depuis 6 à 12 heures. Pour les échographies abdominales, amener l'animal à jeun et ne pas le faire uriner dans les 3 heures précédant l'examen.</small></p>
--	---	--

### RENSEIGNEMENTS CLINIQUES

Commémoratifs / Examen :

Hypothèses diagnostiques :

Antécédents médicaux :

### Partie destinée au propriétaire

Votre vétérinaire vous adresse au centre référé lorrainevet pour une consultation référée.

Sauf obligation médicale, **nos soins se limiteront strictement** à ceux prescrits par votre vétérinaire. Votre animal ne pourra être à nouveau reçu à lorrainevet qu'à la demande de votre vétérinaire traitant.

En respectant ces consignes, vous nous permettrez de continuer de bénéficier de sa confiance fondée sur notre compétence et sur notre déontologie.

