

Fiche de Liaison

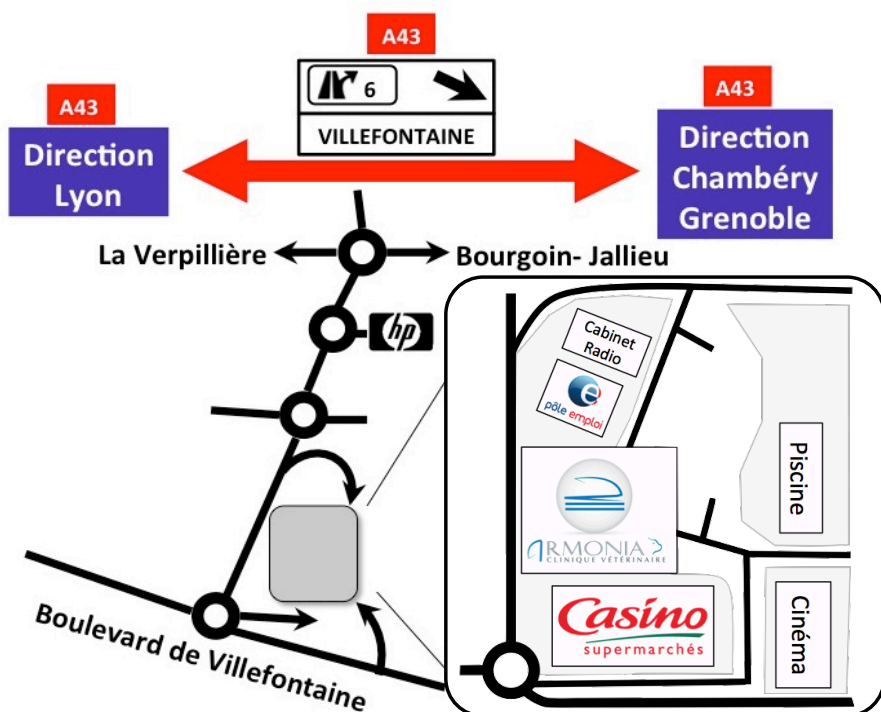
Téléchargeable en ligne sur www.veterinaire-armonia.com

ARMONIA
CLINIQUE VÉTÉRINAIRE



**Vous avez été envoyé par votre vétérinaire,
la prise de rendez-vous peut se faire auprès de notre secrétariat:**

- ✓ Du lundi au vendredi: de 08h30 à 12H et de 14H à 19h
- ✓ Le samedi de 08h30 à 12h



En dehors de ces horaires, un vétérinaire de garde est présent à la clinique
24h/24 et 7J/7
pour recevoir les urgences et s'occuper des animaux hospitalisés

A REMPLIR PAR LE PROPRIÉTAIRE AVANT L'ADMISSION (en Majuscules, SVP)

Propriétaire

Nom:Prénom:

Adresse:

Tel: DOM:PORT:

Animal

Nom de l'animal: Chien Chat Autre

Sexe: Date de naissance: Poids :

Puce / Tatouage :

INFORMATIONS IMPORTANTES, le jour du rendez-vous:

- ✓ Votre animal doit être à **jeûn**, de préférence depuis la veille au soir.
- ✓ Merci d'apporter les **pièces utiles du dossier médical**
(radiographies, échographies, analyses sanguines)
- ✓ Pour les examens nécessitant une **préparation particulière** (ex: endoscopie, coloscopie), merci de **contacter la clinique ARMONIA**
- ✓ Sauf obligation médicale, **les soins apportés à votre animal se limiteront à ceux prescrits par votre vétérinaire.**
- ✓ En dehors des raisons pour lesquelles il nous a été adressé, votre animal ne pourra être à nouveau reçu à la clinique qu'à la demande de votre vétérinaire
- ✓ Merci de vous présenter au secrétariat **15 minutes avant** l'heure de votre rendez-vous et informer d'un éventuel retard

En respectant cet engagement moral, vous nous permettez d'entretenir la confiance de votre vétérinaire, basée sur notre code de déontologie.

CLINIQUE VÉTÉRINAIRE ARMONIA
site: www.veterinaire-armonia.com

Tel: **04 74 96 25 50**

37 Rue Serge Mauroit 38090 Villefontaine
mail: armonia.veterinaire@gmail.com

PARTIE DESTINÉE AU VÉTÉRINAIRE TRAITANT

Nous vous remercions de la confiance que vous nous accordez en adressant cet animal à la Clinique Vétérinaire Armonia.
Afin de satisfaire au mieux votre demande et apporter les meilleurs soins possibles, nous vous demandons de répondre aux questions suivantes:

1- J'adresse:

Cachet du vétérinaire traitant:

Mail:

Nom de l'animal:

.....
.....

Nom du propriétaire:

.....
.....

2- Renseignements cliniques:

Anamnèse:

.....
.....
.....

Hypothèses diagnostiques:

.....
.....

Examens complémentaires et traitements effectués:

.....
.....

Antécédents médicaux importants / Traitements en cours :

.....
.....

.....
.....

3- Pour :

Prise en charge globale

(Consultation, examens complémentaires, hospitalisation et/ou chirurgie)

Chirurgie

Ophtalmologie

Médecine interne +/-endoscopie:

Digestive haute Digestive basse Respiratoire Nasale

Chimiothérapie

Dermatologie

Examens d'imagerie uniquement *:

* Dans ce cas, la prise en charge se limitera à la réalisation de l'examen demandé.

Echographie abdominale

Echocardiographie

Scanner:

Colonne: C1-C5 C6-T2 T3-L3 L4-S1

Crâne Cou Thorax Abdomen

Os/Articulation:

Si nécessaire, souhaitez-vous que nous réalisons des prélèvements:

Cytologique Histologique Liquide Céphalo-Rachidien

4- Pour le suivi, je propose que:

✓ Le suivi post-opératoire soit assuré par:

Mes soins

Armonia

✓ Les visites de contrôle soient assurées par:

Mes soins

Armonia

Merci de me faire parvenir des feuilles de liaison: par mail par courrier