

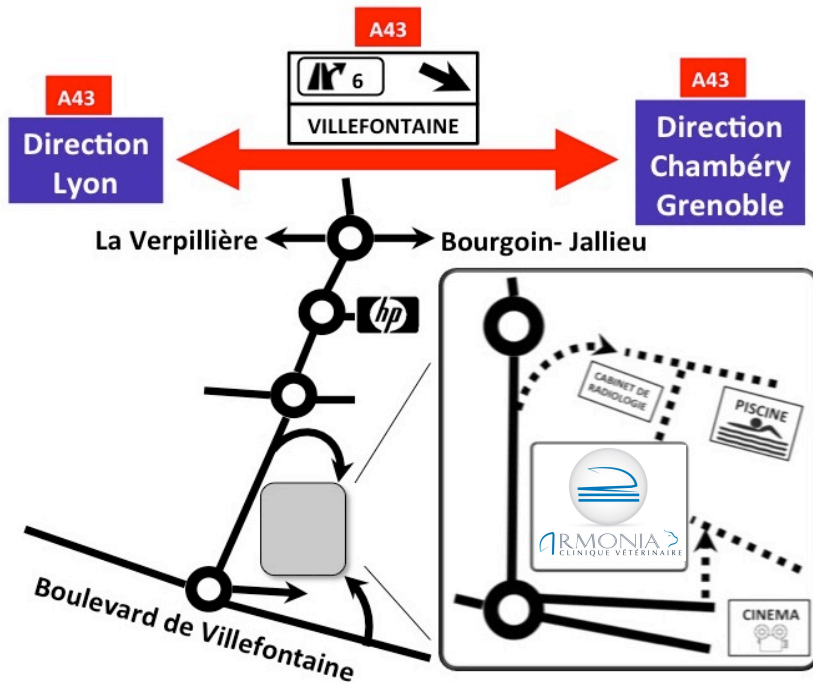
Fiche de Liaison

Téléchargeable en ligne sur www.veterinaire-armonia.com



**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



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:

Assurance médicale: Oui Non laquelle:

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

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

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

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- A l'intention de :

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Chirurgie | <input type="checkbox"/> Imagerie médicale |
| <input type="checkbox"/> Médecine interne | <input type="checkbox"/> Cancérologie/chimiothérapie |
| <input type="checkbox"/> Ophtalmologie | <input type="checkbox"/> Dermatologie |

4- Pour :

- Prise en charge globale
(Consultation spécialisée, examens complémentaires, hospitalisation et/ou chirurgie)
 - Consultation spécialisée et examens complémentaires
 - Consultation spécialisée et chirurgie
 - Examens complémentaires uniquement:
 - Endoscopie:
 - Digestive haute
 - Digestive basse
 - Respiratoire
 - Nasale
 - Urinaire
 - Echographie abdominale
 - Echocardiographie
 - Scanner:
 - Colonne: C1-C5 C6-T2 T3-L3 L4-S1
 - Crâne Cou Thorax Abdomen
 - Os/Articulation:
 - Autre:
- Si nécessaire, souhaitez-vous que nous réalisions des prélèvements:
- Cytologique
 - Histologique
 - Liquide Céphalo-Rachidien

5- 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