Formulaire d'admission

Partie réservée au propriétaire

Votre animal nous est adressé par votre vétérinaire traitant pour un acte spécifique. Il ne sera pas reçu dans notre structure en dehors de ce cadre de référé.

Lors de votre venue au sein de notre clinique, n'oubliez pas :

- D'apporter **tous** les documents médicaux se rapportant à votre animal : compte rendu, analyses sanguines, radiographies, échographies, ordonnances, dossier d'assurance…
- D'amener votre animal à jeun sauf indication contraire : une dernière ration la veille au soir, l'eau peut être laissée à disposition jusqu'au départ. Pour les endoscopies digestives nécessitant une préparation particulière, contacter la clinque au préalable pour les instructions.

Pour les consultations nécessitant une anesthésie et/ou examens complémentaires, merci de prévoir d'amener votre animal en début de journée et de le récupérer en fin de journée.

Pour les examens échographiques, le clinicien pourra éventuellement réaliser une tonte de votre animal sur la zone à imager. Parfois une tranquillisation de votre animal est nécessaire.

Remplissez ce formulaire soigneusement avec l'aide de votre vétérinaire si besoin

Nom et prénom : ……..……

Adresse complète : ……..

……

Téléphone (Numéro joignable toute la journée !) : ……

Courriel @ : ……

Nom de votre animal : ……

☐ Chien ☐ Chat ☐ NAC / / ☐ Femelle ☐ Male ☐ Stérilisé(e)

Race : ……..Date de naissance -Age : ……

N° d'identification : ……

Clinique Vetivia – Allée Robinson – 64200 BIARRITZ
05.59.85.83.80

Partie réservée au vétérinaire

Vétérinaire référant :

Commémoratifs :

……..

Examens complémentaires effectués et résultats *(merci de fournir au propriétaire une copie des analyses, radiographies, échographies…)*

……..

Traitements effectués :

……..

Hypothèses diagnostiques :

……..

Référé à la clinique Vetivia pour *(cocher la case souhaitée. Par défaut, une prise en charge globale sera effectuée) :*

☐ **Prise en charge globale jusqu'à l'issue des soins** (consultations, examens complémentaires éventuels, soins chirurgicaux et/ou médicaux, et/ou hospitalisation)

☐ **Diagnostic seul** (consultation et examens complémentaires : le traitement sera ensuite réalisé par vos soins)

☐ **Examen(s) complémentaire(s) seul(s) sans consultation :**

- Radiographie *(préciser la région)* : …….
- Echographie *(préciser la région)* : ……..
- Echocardiographie
- Scanner *(préciser la région)* : …….
- Endoscopie *(préciser la région)* : ……
- Autres : ……

☐ **Traitement(s) :**

- Chirurgie
- Chimiothérapie
- Autre : ……

Je souhaite que le suivi soit réalisé par :

☐ Mes soins ☐ Vetivia