



CENTRE HOSPITALIER VÉTÉRIINAIRE SAINT-MARTIN

Fiche de Liaison

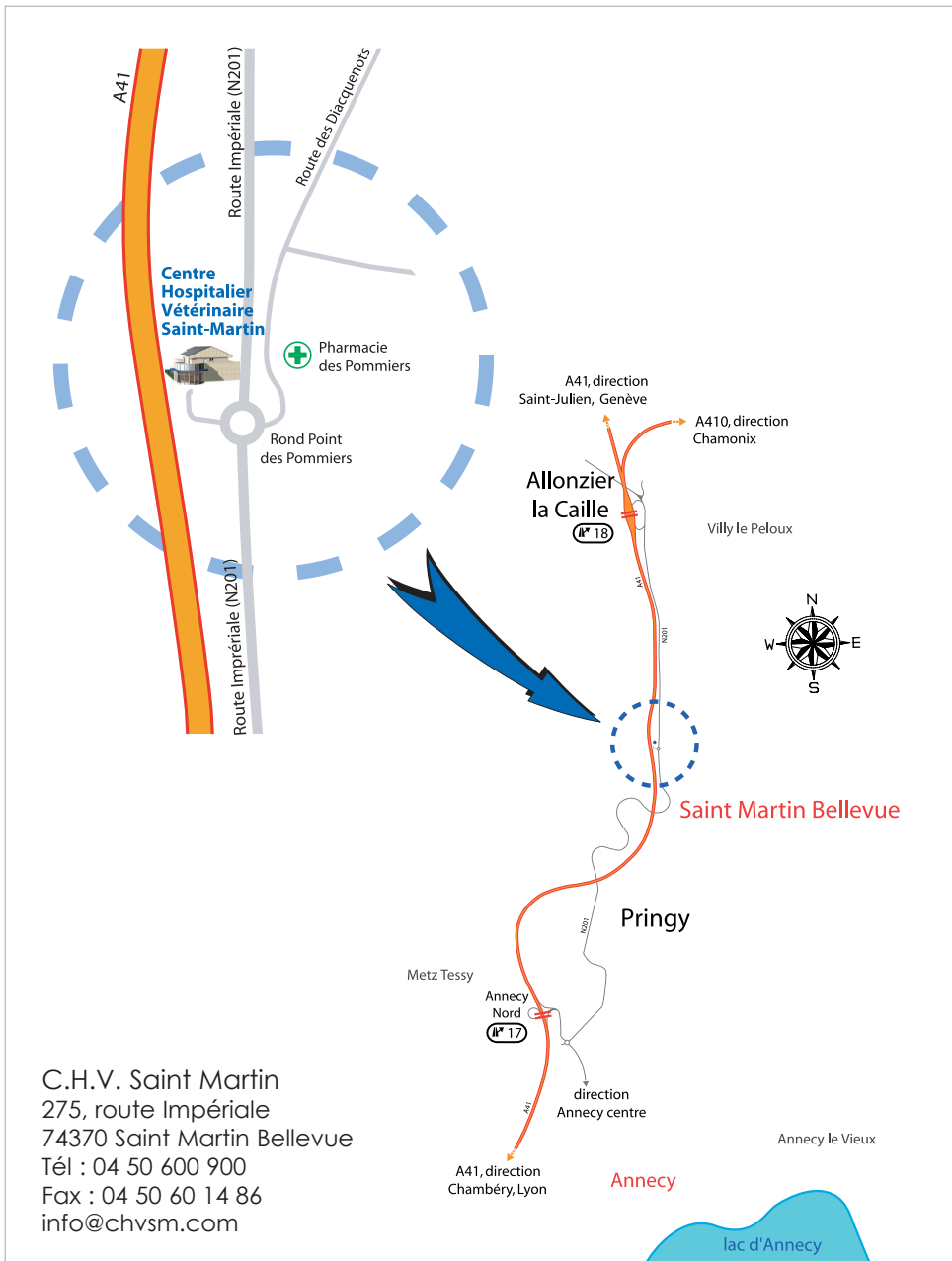
• Docteur-Vétérinaire traitant :

- Référé en :
- Médecine interne
 - Chirurgie
 - Ophtalmologie
 - Dermatologie
 - NAC
 - Imagerie : radiographie / échographie
 - Imagerie : scanner

• Date : _____

• Propriétaire : Nom : _____
Adresse : _____
Téléphone : _____

• Animal : Nom : _____
Espèce : _____
Age : _____



Votre animal est référé par son Docteur Vétérinaire traitant auprès du Centre Hospitalier Vétérinaire pour une affection déterminée. Les vétérinaires du CHV Saint-Martin vous prient de noter qu'il ne pourraient satisfaire aucune demande de votre part concernant toute autre affection, ni dans le cadre de cette consultation spécialisée, ni ultérieurement.

Niveau de prise en charge souhaité

- Niveau I : Consultation
- Niveau II : Consultation et examens complémentaires
- Niveau III : consultation, examens complémentaires et traitement médical et/ou chirurgical
- Soins intensifs
- Examens complémentaires seuls

Autres : _____

Renseignements cliniques

- Commémoratifs : _____

- Examens complémentaires déjà réalisés : _____

- Hypothèses diagnostiques : _____

- Traitement administrés : _____

- Remarques et souhaits : _____

