



## PARTIE À REMPLIR PAR LE PROPRIÉTAIRE

Votre vétérinaire vous adresse au CHUV d'Oniris pour une consultation spécialisée, une hospitalisation ou une intervention chirurgicale. **Sauf nécessité médicale, notre intervention se limitera aux indications mentionnées par votre vétérinaire traitant.**

Afin de faciliter le bon déroulement de votre venue au CHUV d'Oniris et des soins apportés à votre animal, merci de veiller à respecter les consignes suivantes :

- Précisez bien au secrétariat le service dans lequel votre vétérinaire vous envoie (voir ci-contre) afin de faciliter la prise de rendez-vous (02 40 68 76 22). En cas d'urgence, cf. informations au dos.
- Afin de faciliter le bon déroulement des soins, laissez systématiquement votre animal à jeun (à l'exception de animaux diabétiques) depuis la veille au soir (il peut boire) ;
- Remplir avec soin les informations ci-dessous ;
- Vous munir si possible des résultats de tous les examens réalisés par votre vétérinaire ;
- Vous présenter à l'accueil 15 minutes avant l'heure de rendez-vous fixée.

NOM : .....

ADRESSE : .....

TÉLÉPHONE 1 : ..... TÉLÉPHONE 2 : .....

E-mail (destiné à l'envoi du compte-rendu) : .....

Chien  Chat  Préciser l'espèce : .....

NOM DE L'ANIMAL : .....

Poids : ..... Race : .....

Date de naissance : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Sexe :  Mâle  Mâle castré  Femelle  Femelle stérilisée

N° Identification : .....

Assurance animalière :  Non  Oui. Son nom : .....

## PARTIE À REMPLIR PAR LE VÉTÉRINAIRE TRAITANT

Nous vous remercions pour la confiance que vous nous accordez en adressant votre patient auquel nous apporterons toute notre attention.

Pour satisfaire votre demande, merci de bien vouloir nous apporter les précisions suivantes :

Date : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

VÉTÉRINAIRE PRESCRIPTEUR :

.....

N° D'ORDRE : .....

J'adresse :

.....

CACHET :

pour consultation spécialisée, examens complémentaires, prise en charge thérapeutique et hospitalisation si nécessaire. Afin de faciliter la prise de rendez-vous, pouvez-vous préciser le motif principal de consultation :

.....

Et le service de destination :

- Chirurgie**  Dentisterie  Ostéopathie  Rééducation fonctionnelle  
 **Médecine interne**  Cardiologie  Ophtalmologie  Cancérologie  Neurologie  Nutrition  
 **NAC**  **Reproduction**  **Dermatologie**  **Urgence-soins intensifs**  
 **Imagerie seule** (voir la fiche de liaison demande d'examen spécialisé en imagerie médicale)

[https://chuv.oniris-nantes.fr/fileadmin/CHUV/Images/medecine-ac/2017\\_11\\_30\\_FEUILLE\\_IMAGERIE.pdf](https://chuv.oniris-nantes.fr/fileadmin/CHUV/Images/medecine-ac/2017_11_30_FEUILLE_IMAGERIE.pdf)

RENSEIGNEMENTS CLINIQUES (COMMÉMORATIFS, EXAMENS, TRAITEMENTS) :

.....

.....

Pour le suivi, je souhaite que les suites post-opératoires (visites, retrait des fils,...) et les consultations spécialisées de contrôle soient assurées par :  Le CHUV d'Oniris  Mes soins

Je souhaite recevoir le compte-rendu par :

Téléphone : .....  Courrier  E-mail : .....

REMARQUES PARTICULIÈRES :

.....

