



DATE:

PROPRIÉTAIRE:

Nom:

Adresse:

Tel:

ANIMAL:

Nom:

Espèce:

Race:

Sexe:

COMMÉMORATIFS:

Traitement(s) en place:

ACTE(S) SOUHAITÉ(S):

- ☐ Echographie abdominale
- ☐ Echo-cardiographie
- ☐ Radiographie thoracique
- ☐ ECG
- ☐ Tension (par oscillométrie)
- ☐ Prélèvement si nécessaire: LBA, Cytoponction, cystocytèse, biopsie échoguidée ...
- ☐ Biopsie chirurgicale si nécessaire - sous anesthésie ou tranquilisation
- ☐ Bilan cardiaque (laisse la liberté d'effectuer les examens nécessaires)
- ☐ Bilan Cardio-pulmonaire (laisse la liberté d'effectuer les examens nécessaires)
- ☐ Bilan respiratoire (syndrome brachycéphale, anesthésie possible ...)
- ☐ Prise en charge chirurgicale
- ☐ Prise en charge du traitement médical
- ☐ Demande le suivi de la pathologie
- ☐ Avis Medico-chirurgical uniquement