



Vet 24 Groupe Vétérinaire  
Rue sopers, 10  
4030 Grivegnée  
Tél: 04/227.27.27  
Fax: 04/342.30.16  
[info@vet24.be](mailto:info@vet24.be)  
[www.vet24.be](http://www.vet24.be)

## - VOLET DESTINE AU PROPRIETAIRE -

Votre vétérinaire vous renvoie vers nous pour un examen spécialisé. Sauf nécessité médicale, notre intervention se limitera aux indications mentionnées par votre vétérinaire traitant. Votre animal ne pourra être à nouveau reçu qu'à sa demande.

**Afin de faciliter le bon déroulement de votre venue, merci de veiller à respecter les consignes suivantes:**

- . Précisez au secrétariat le **motif** pour lequel votre vétérinaire vous envoie (*voir ci-contre*),
- . Votre animal **doit être à jeûn** depuis la veille au soir (il peut boire),
- . Remplir avec soin les informations ci-dessous,
- . Vous munir si possible de **tous les examens** réalisés par votre vétérinaire.

NB : Si votre animal est référé pour un examen échographique, la zone sera tondu.

**NOM:**.....

**ADRESSE:**.....

.....

**TÉLÉPHONE1 :** ..... **TÉLÉPHONE2 :** .....

**E-MAIL:**.....

Chien     Chat     Autre : .....

Nom.....

Race : ..... Date de naissance : / /

Sexe:     Mâle     Mâle castré     Femelle     Femelle stérilisée

N°Identification:.....

## - VOLET DESTINE AU VETERINAIRE REFERANT -

**D'avance, merci pour la confiance que vous témoignez en nous référant ce cas. Soyez Assuré de l'attention qui sera portée à celui-ci.**

Pour satisfaire votre demande, veuillez nous joindre tous les résultats des examens déjà en votre possession. Dans le cas contraire, nous effectuerons les examens complémentaires nécessaires à la bonne réalisation des actes demandés.

**Demande de consultation spécialisée en :**

**VETERINAIRE PRESCRIPTEUR**

- Chirurgie (Alexandre Bongartz – Francesca Carofiglio)
- Médecine interne (Alain Le Garrères)
- NAC (Romain Coutelier)

*CACHET:*

Imagerie médicale (Frédéric Snaps – Maya Esmans) :

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Radiographie<br>Région(s):..... | <input type="checkbox"/> IRM<br>Région(s):.....        |
| <input type="checkbox"/> Echographie<br>Région(s):.....  | <input type="checkbox"/> Endoscopie<br>organe(s):..... |
| <input type="checkbox"/> Scanner<br>Région(s):.....      |  |

**Motif principal de consultation:** .....

Cochez cette case si vous souhaitez uniquement un examen d'imagerie (rapport d'imagerie uniquement). Dans le cas contraire, une consultation (médecine ou chirurgie) sera aussi réalisée afin d'essayer de préciser au maximum le diagnostic.

En cas de nécessité des ponctions à l'aiguille fine ou des biopsies scanner-/écho-guidées seront réalisées par le radiologue.

**Renseignements cliniques (commémoratifs, examens, traitements) :**

.....

.....

.....

.....

.....

.....

**Je souhaite recevoir de préférence le compte-rendu par :**

- Téléphone n° : .....
- Fax n° : .....
- E-mail : .....