



185, Avenue des Etats-Unis
31200 TOULOUSE

Tel: 05.61.61.20.20

Fax: 05.61.47.11.08

Mail: imagerie.occitanie@gmail.com

Formulaire de référé d'examen d'imagerie

Espèce : <input type="checkbox"/> chien <input type="checkbox"/> chat autre : Race : Age : Sexe : Poids :kg	Vétérinaire référant :
Nom du propriétaire : Nom de l'animal : Adresse : Tel:	Précédent problème anaesthésique :
Motif de référé :	
Que recherchez-vous ?	
Examen Clinique : Pathologie cardiaque identifiée : Explorée : Résultats sanguins effectués : Comptage plaquettaire réalisé dans le dernier mois : <input type="checkbox"/> oui: résultat..... <input type="checkbox"/> non Temps de coagulation réalisé dans le dernier mois : <input type="checkbox"/> oui: résultat..... <input type="checkbox"/> non	
EXAMEN DEMANDÉ Radiographie : <input type="checkbox"/> crâne <input type="checkbox"/> thorax <input type="checkbox"/> abdomen <input type="checkbox"/> autre Echographie : <input type="checkbox"/> abdomen complet <input type="checkbox"/> urinaire <input type="checkbox"/> musculo-tendineux <input type="checkbox"/> autre..... Scanner : <input type="checkbox"/> crâne <input type="checkbox"/> thorax <input type="checkbox"/> abdomen <input type="checkbox"/> autre	
PRÉLÈVEMENT DEMANDÉ Ponction à l'aiguille fine si besoin : <input type="checkbox"/> oui (comptage plaquettaire requis) <input type="checkbox"/> non Biopsie : <input type="checkbox"/> oui (temps de coagulation requis) <input type="checkbox"/> non Ponction de LCR : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	