

Clinique vétérinaire la Bonne Patte

3 boulevard des capelles 31830 Plaisance du Touch

Tel :05.61.07.37.97

Mail : veterinairelabbe@gmail.com

FORMULAIRE DE CHIRURGIE COELIOSCOPIQUE

Nom du propriétaire :..... Adresse :..... Tél :..... Email :.....	Vétérinaire référant : Nom :..... Prénom :..... N °ordinal :.....
Nom de l'animal :..... Espèce : Chien <input type="radio"/> Chat <input type="radio"/> Autre :..... Race :..... Sexe : M <input type="radio"/> MC <input type="radio"/> Age :..... F <input type="radio"/> FC <input type="radio"/> Poids :.....	Date des dernières chaleurs :..... Antécédent pathologique :..... Bilan sanguin : <input type="radio"/> Exploration hémostase : <input type="radio"/> Autres bilans :.....
Chirurgie référée : <input type="radio"/> Ovariectomie <input type="radio"/> Ovario-hystérectomie <input type="radio"/> Testicule ectopique <input type="radio"/> Gastropéxie préventive <input type="radio"/> Splénectomie <input type="radio"/> Néphrectomie <input type="radio"/> Cystoscopie <input type="radio"/> Biopsie (hépatique, rénale, intestinale) <input type="radio"/> Autres :.....	
Compte rendu chirurgical: <input type="radio"/> Vidéo/photo par clé USB <input type="radio"/> Par courrier <input type="radio"/> Par mail	

