



Questionnaire Médical

Examen tomodensitométrique (Scanner)

*Veillez remplir ce questionnaire de la manière la plus complète possible.
Nous vous recontacterons après l'examen de votre compagnon pour refaire le point*

Votre Nom et Prénom :
Adresse :
E-mail :
Numéro(s) de téléphone **pour vous joindre pendant la consultation** :
.....

Vétérinaire traitant (nom vétérinaire, nom clinique, mail) :
.....
.....
.....

Examen référé par votre vétérinaire : Oui - Non

Identité Animal

Nom :
Date de naissance :
Numéro d'identification :
Sexe : Mâle – Femelle – Mâle castré – Femelle Stérilisée :
Espèce et Race :
Est-il assuré ? Si oui, veuillez joindre la feuille avec ce questionnaire : Oui - Non

Historique médical

Est-il vacciné ? (Si oui, la date du dernier vaccin) :
.....
Est-il vermifugé ? : Si oui quand et par quel produit ? :
.....
Est-il traité contre les puces et les tiques ? Si oui, quand et par quel produit ? :
.....



Antécédents médicaux :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Motif de Consultation

Décrivez le problème présenté :

.....

.....

.....

.....

Depuis combien de temps a-t-il ce problème ?

.....

.....

Traitement a-t-il été mis en place ? (Si oui, précisez) :

.....

.....

.....

.....

.....

Examen tomodensitométrique

Votre compagnon est-il à jeun (*uniquement pour les carnivores*) : Oui - Non

Si oui, depuis quel jour et quelle heure : aujourd'hui - hier vers ____ h ____

Scanner de suivi : Oui - Non

Région à interpréter (entourer le/les régions concernées) :

- Corps entier ou Colonne
- Crâne - Thorax - Abdomen
- Membre : Avant - Arrière / Droite - Gauche