

Date :
 Nom du propriétaire :
 Nom de l'animal :
 Espèce :
 Race :
 Date de naissance :
 Sexe :
 N° d'ordre SAP :

N° dossier RX précédent :

(Joindre les radiographies du vétérinaire référant si présentes)

N° dossier RX :

Facturé : OUI / NON

Clinicien :

1) Quelle technique utiliser et quelle région examiner ? RX

Echographie

Scanner

2) Quel est le but de cet examen ?

DONNEES CLINIQUES	EXAMEN DEMANDE (*)																																			
<p>1) <u>Anamnèse :</u></p> <p>-Depuis quand ? :</p> <p>-Symptômes :</p> <p>-Traitements reçus :</p> <p>2) <u>Examen général :</u> (annoter uniquement les données non physiologiques)</p> <p>3) <u>Analyses de laboratoires effectuées :</u></p> <p>-Résultats récents :</p> <p>-Analyses en cours :</p> <p>4) <u>Diagnostic différentiel :</u></p>	<p><u>Tête :</u></p> <p><input type="radio"/> crâne <input type="radio"/> sinus <input type="radio"/> cavités nasales <input type="radio"/> mandibules <input type="radio"/> dents <input type="radio"/> bulles tympaniques <input type="radio"/> tissus mous-cou <input type="radio"/> autres.....</p> <p><u>Thorax :</u></p> <p><input type="radio"/> poumons <input type="radio"/> trachée <input type="radio"/> œsophage <input type="radio"/> coeur <input type="radio"/> recherche de métastases</p> <p><u>Abdomen :</u></p> <p><input type="radio"/> routine <input type="radio"/> autres.....</p> <p><u>Squelette :</u></p> <p><input type="radio"/> hanches <input type="radio"/> bassin <input type="radio"/> colonne (.....) <input type="radio"/> myélogramme</p> <table border="0"> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td><input type="radio"/> scapula</td> <td><input type="radio"/> épaule</td> <td><input type="radio"/> coude</td> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> </tr> <tr> <td><input type="radio"/> humérus</td> <td><input type="radio"/> radius-ulna</td> <td><input type="radio"/> carpe</td> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> </tr> <tr> <td><input type="radio"/> métacarpe</td> <td></td> <td></td> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> </tr> <tr> <td><input type="radio"/> fémur</td> <td><input type="radio"/> grasset</td> <td><input type="radio"/> tarse</td> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> </tr> <tr> <td><input type="radio"/> tibia-fibula</td> <td><input type="radio"/> métatarse</td> <td></td> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> </tr> <tr> <td colspan="3"><input type="radio"/> extrémité digitée (.....)</td> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> </tr> </table> <p><u>Procédures spéciales :</u></p> <p><input type="radio"/> contraste digestif (.....) <input type="radio"/> colonographie <input type="radio"/> transit digestif (.....) <input type="radio"/> uro-IV <input type="radio"/> contraste vésical <input type="radio"/> sialographie <input type="radio"/> fistulographie <input type="radio"/> scanner <input type="radio"/> angiographie <input type="radio"/> MRI <input type="radio"/> arthrographie <input type="radio"/> autres.....</p> <p><u>Ultrasons :</u></p> <p><input type="radio"/> abdomen <input type="radio"/> thorax <input type="radio"/> autres.....</p>				D	G	<input type="radio"/> scapula	<input type="radio"/> épaule	<input type="radio"/> coude	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> humérus	<input type="radio"/> radius-ulna	<input type="radio"/> carpe	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> métacarpe			<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> fémur	<input type="radio"/> grasset	<input type="radio"/> tarse	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> tibia-fibula	<input type="radio"/> métatarse		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> extrémité digitée (.....)			<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
			D	G																																
<input type="radio"/> scapula	<input type="radio"/> épaule	<input type="radio"/> coude	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																																
<input type="radio"/> humérus	<input type="radio"/> radius-ulna	<input type="radio"/> carpe	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																																
<input type="radio"/> métacarpe			<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																																
<input type="radio"/> fémur	<input type="radio"/> grasset	<input type="radio"/> tarse	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																																
<input type="radio"/> tibia-fibula	<input type="radio"/> métatarse		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																																
<input type="radio"/> extrémité digitée (.....)			<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																																

(*) A remplir IMPERATIVEMENT !!!

Protocole : OUI / NON