

Formulaire pour cas référé en cardiologie

Centre Vétérinaire Agy ; fax : 026 466 41 48



Propriétaire:

Nom de l'animal:

Signalement:

Age:

Poids:

Anamnèse – veuillez marquer d'une croix svp.

- | | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Intolérance à l'effort | <input type="checkbox"/> Troubles nocturnes | <input type="checkbox"/> Toux |
| <input type="checkbox"/> Dyspnée | <input type="checkbox"/> Collapsus | <input type="checkbox"/> Intolérance à la chaleur |
| <input type="checkbox"/> Cyanose | <input type="checkbox"/> Souffle au cœur | <input type="checkbox"/> Pouls déficient |
| <input type="checkbox"/> Polyurie/-dipsie | <input type="checkbox"/> Congestion | <input type="checkbox"/> Pouls anormal |
| <input type="checkbox"/> Autres _____ | | |

Symptômes depuis :

Maladies existantes :

Traités avec :

Questions :

Personne de contact pour la transmission des résultats :

Cabinet et vétérinaire traitant :

Transmission des résultats par :

- | | |
|--|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Téléphone _____ | <input type="checkbox"/> Fax _____ |
| <input type="checkbox"/> Poste _____ | <input type="checkbox"/> e-mail _____ |



! Avec nos remerciements cordiaux!

