

# DEMANDE DE REFERE



ORCIANE

## Orciane – Clinique Vétérinaire

17 Avenue de la Forêt de Haye  
54500 Vandoeuvre les Nancy



03.57.54.06.89

## Anamnèse/Commémoratifs/Traitements effectués

## Résultats des examens complémentaires

(merci de joindre une copie ou de les envoyer par mail)

Bilan sanguin récent :  oui  non  
résultats :

En cas d'anesthésie générale, prévoir un bilan hématobiochimique pour tout animal âgé ou présentant des signes de troubles organiques.  
A défaut, ces examens seront proposés avant l'anesthésie.

Date : / / 2022  
Vétérinaire Référent:

A l'intention du Service de :

- Chirurgie  
 Médecine Interne

Mail :

Nom Propriétaire :

Nom Animal :

Tel: .....

Espèce :  chien  chat

Race : .....

Email : .....

Age : .....

Vous souhaitez :

**Prise en charge globale**

(consultation, ex. complémentaires éventuels, chirurgie et/ou hospitalisation)

**Diagnostic seul**

(consultations, ex. complémentaires dédiés dont imagerie éventuelle)

**Examen d'imagerie seul :** (voir fiche de référé 'Imagerie)

**Réponse nécessaire :** à défaut, une prise en charge globale sera proposée si justifiée

Vous souhaitez recevoir le compte rendu par :

- Email : .....
- Email + Appel téléphonique : .....

Vous souhaitez que le suivi soit effectué par :

- Vos soins  
 La Clinique ORCIANE

Merci de votre confiance

**MERCI de nous envoyer les commémoratifs en amont de la consultation**



Médecine Interne et Imagerie : [medecine@orciane.fr](mailto:medecine@orciane.fr) – Chirurgie : [chirurgie@orciane.fr](mailto:chirurgie@orciane.fr) – Pour toute autre demande : [contact@orciane.fr](mailto:contact@orciane.fr)

# DEMANDE DE REFERE – IMAGERIE MEDICALE



**Orciane** – Clinique Vétérinaire

17 Avenue de la Forêt de Haye  
54500 Vandoeuvre les Nancy



03.57.54.06.89

Motif de référé : .....

Que recherchez-vous ? .....

Examen Clinique : .....

Pathologie cardiaque identifiée : .....

Explorée :  oui  non

Résultats sanguins effectués : .....

Précédents problèmes anesthésiques : .....

Exploré(s) :  oui  non

**Vous souhaitez recevoir le compte rendu par :**

Email : .....

Email + Appel téléphonique : .....

*Merci de votre confiance*

Date : / / 2022

Vétérinaire Référent:

*Merci de transmettre les  
commémoratifs par email  
en amont du rendez vous*

Mail :

Nom propriétaire :

Nom Animal : .....

Tel: .....

Espèce :  chien  chat

Race : .....

Email : .....

Age : .....

## EXAMEN DEMANDÉ

Radiographie :  thorax  abdomen  autre .....

Echographie :  abdomen complet  autre .....

Scanner :  crâne  thorax  abdomen  autre .....

➔ Prélèvements autorisés :  Oui  Non



Pour nous contacter ou nous transférer un dossier informatique :  
Médecine Interne et Imagerie : [medecine@orciane.fr](mailto:medecine@orciane.fr) – Chirurgie : [chirurgie@orciane.fr](mailto:chirurgie@orciane.fr) – Pour toute autre demande : [contact@orciane.fr](mailto:contact@orciane.fr)