



### CHV Saint-Martin

321, impasse des Champs  
74350 Allonzier-la-Caille  
Tél : 04 50 600 900  
Fax : 04 50 60 14 86  
info@chvsm.com



**SAINT+MARTIN**  
CENTRE HOSPITALIER VÉTÉRIINAIRE

## Fiche de Liaison

• Docteur-vétérinaire traitant :

• Propriétaire :

Nom : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Téléphone : \_\_\_\_\_

E-mail : \_\_\_\_\_

• Animal :

Nom : \_\_\_\_\_

Espèce : \_\_\_\_\_

Age : \_\_\_\_\_

Votre animal est référé par son Docteur Vétérinaire traitant auprès du Centre Hospitalier Vétérinaire pour une affection déterminée. Les vétérinaires du CHV Saint-Martin vous prient de noter qu'il ne pourraient satisfaire aucune demande de votre part concernant toute autre affection, ni dans le cadre de cette consultation spécialisée, ni ultérieurement.

## Service consulté

- |   |   |  |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Médecine interne   | <input type="checkbox"/> Cardiologie    | <input type="checkbox"/> Oncologie     |
| <input type="checkbox"/> Chirurgie  | <input type="checkbox"/> NAC            | <input type="checkbox"/> Ophtalmologie |
| <input type="checkbox"/> Neurologie   | <input type="checkbox"/> Physiothérapie | <input type="checkbox"/> Dermatologie  |
| <input type="checkbox"/> Imagerie :<br><small>(sans consultation spécialisée associée)</small>          | <input type="checkbox"/> radiographie   | <input type="checkbox"/> échographie   |
| <input type="checkbox"/> Imagerie en coupe :<br><small>(avec consultation spécialisée associée)</small> | <input type="checkbox"/> scanner*       | <input type="checkbox"/> IRM*          |

\* Afin d'optimiser la prise en charge et le diagnostic des patients, les examens de Scanner et d'IRM seront systématiquement réalisés après le passage de l'animal en consultation spécialisée dans le service concerné (Médecine Interne, Chirurgie, Neurologie, etc.), et ne pourront pas être effectués de manière indépendante.

## Niveau de prise en charge souhaité

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Consultation  | <input type="checkbox"/> Consultation et examens complémentaires                               |
| <input type="checkbox"/> Consultation, examens complémentaires et traitement médical et/ou chirurgical |  |
| <input type="checkbox"/> Soins intensifs   | <input type="checkbox"/> Examens complémentaires seuls<br><small>(sauf IRM et scanner)</small> |
| <input type="checkbox"/> Autre (précisez) : _____  |  |

*Par défaut, si le niveau de prise en charge souhaité n'est pas mentionné, une prise en charge thérapeutique globale sera appliquée.*

## Renseignements cliniques

• Commémoratifs : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

• Examens complémentaires déjà réalisés : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

• Hypothèses diagnostiques : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

• Traitement administrés : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

• Remarques et souhaits : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_