



TOMOVET 64

FORMULAIRE DE DEMANDE DE SCANNER



PROPRIETAIRE Adresse : Tél : Email :	VETERINAIRE TRAITANT Dr : Email : Tél : Date : Signature (+ cachet) :
ANIMAL Espèce : Race : Age : Sexe : M MC F FS	

COMMEMORATIFS (problèmes, date d'apparition, évolution, examen clinique **COMPLET**,...)

EXAMENS EFFECTUES	TRAITEMENTS DEJA REALISES
--------------------------	----------------------------------

MOTIF DE LA DEMANDE

HYPOTHESES DIAGNOSTIQUES

EXAMEN(S) SOUHAITE(S)

CRANE AUTRE :

COU

THORAX

ABDOMEN

COLONNE

M. ANTERIEUR G D Les 2

M. POSTERIEUR G D Les 2

BASSIN



TOMOVET 64

Grand'Rue 76 – 7170 Manage

Email : tomovet64@gmail.com

Tel : +32 (0) 474 76 07 00

**Entrée par la Clinique
Vétérinaire Brasseur**

Rue Dechamps 6 - 7170 Manage

Pour les CHIENS et CHATS :

! L'animal doit être à jeun !