

## Formulaire de demande de scanner

### Vétérinaire prescripteur :

M/Mme (Nom + prénom)

E-mail

N° de téléphone

### Propriétaire de l'animal :

M/Mme (Nom + prénom)

Adresse

N° de téléphone

### Patient :

Nom

Espèce

Race

Sexe : Mâle

Femelle

Âge

### Zone(s) à scanner (cochez les zones concernées) :

- |                          |  |                          |                               |
|--------------------------|--|--------------------------|-------------------------------|
| <input type="checkbox"/> | Tête / Tissus mous de l'encolure               | <input type="checkbox"/> | Thorax                        |
| <input type="checkbox"/> | Abdomen / Bassin                               | <input type="checkbox"/> | Membre(s) thoracique(s)       |
| <input type="checkbox"/> | Colonne vertébrale cervico-thoracique (C1-T3)  | <input type="checkbox"/> | Bassin / Membre(s) pelvien(s) |
| <input type="checkbox"/> | Colonne vertébrale thoraco-lombo-sacrée (T1-S) | <input type="checkbox"/> | Tout le corps                 |

Demande urgente :

OUI

NON

Date souhaitée pour l'examen :

Motif de la demande :

Anamnèse :

Examens complémentaires antérieurs :

Traitements actuels :

Commentaires éventuels :

### Examens souhaités (cochez la case correspondante) :

- |                          |  |
|--------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> | Scanner uniquement                                   |
| <input type="checkbox"/> | Scanner et suite de la prise en charge à la clinique |

Date :

Signature/cachet :

Formulaire à remettre au propriétaire et à envoyer à [scanner@champduroi.be](mailto:scanner@champduroi.be)