

14 boulevard des chênes, 78280 GUYANCOURT

Tel : **01 39 53 17 17****www.hopia.fr**

contact@hopia.fr

**VÉTÉRINAIRE**

Dr :

Pour les résultats, veuillez me contacter par:

 E-mail : Téléphone :**PROPRIÉTAIRE**

Nom :

Adresse :

Tel.

Email :

ANIMAL

Nom :

Espèce / Race :

Sexe / Âge :

Poids : _____ kg

Assuré : oui / non

Tempérament :

TYPE DE PRISE EN CHARGE SOUHAITÉE

Pour tous les examens **sous anesthésie**, **chirurgies** et **échographie** abdominales, merci de maintenir l'animal à **jeun de la veille au soir minuit**.
Les examens pré-anesthésiques & sanguins préalables seront nécessaires, sinon seront proposés par HOPIa

- Consultation seule
- Consultation et traitement (prescription médicale avec délivrance des médicaments et/ou hospitalisation et/ou chirurgie)
- Examen complémentaire demandé seul
- Examen demandé et traitement (prescription avec délivrance des médicaments et/ou hospitalisation et/ou chirurgie)
- PRISE EN CHARGE COMPLÈTE**

• URGENCE	<input type="radio"/> Consultation	<input type="radio"/> Hospitalisation	<input type="radio"/> Transfusion	<input type="radio"/> Oxygénothérapie
• CONSULTATION	<input type="radio"/> CARDIOLOGIE	<input type="radio"/> EchoDoppler / ECG	<input type="radio"/> Holter	<input type="radio"/> Avis chirurgical
	<input type="radio"/> RESPIRATOIRE / ORL	<input type="radio"/> Stent trachéal		
	<input type="radio"/> CANCEROLOGIE	<input type="radio"/> Chimiothérapie	<input type="radio"/> Bilan d'extension	<input type="radio"/> Thérapie ciblée
	<input type="radio"/> URO-NEPHROLOGIE	<input type="radio"/> Hémodialyse		
	<input type="radio"/> MEDECINE	<input type="radio"/> Endocrinologie	<input type="radio"/> Gastro-Entérologie	<input type="radio"/> Ophtalmologie
	<input type="radio"/> ANESTHESIE	<input type="radio"/> DOULEUR		
	<input type="radio"/> ORTHOPEDIE	<input type="radio"/> ARTHROSE	<input type="radio"/> NEUROLOGIE	<input type="radio"/> Cellules souches
	<input type="radio"/> DENTISTERIE	<input type="radio"/> AUTRE TYPE DE CONSULTATION :		
• CHIRURGIE	<input type="radio"/> CARDIAQUE	<input type="radio"/> P. Canal Artériel	<input type="radio"/> Valve Mitrale	<input type="radio"/> Sténose Pulmonaire
	<input type="radio"/> THORACIQUE	<input type="radio"/> ORL	<input type="radio"/> DIGESTIVE	<input type="radio"/> URO-GENITALE
	<input type="radio"/> ORTHOPEDIQUE	<input type="radio"/> TRAUMATOLOGIE	<input type="radio"/> NEUROLOGIQUE	<input type="radio"/> AUTRE :
• ARTHROSCOPIE	<input type="radio"/> LOCALISATION :			
• ECHOGRAPHIE	<input type="radio"/> CARDIAQUE	<input type="radio"/> ABDOMINALE	<input type="radio"/> AUTRE:	<input type="radio"/> BIOPSIES:
• SCANNER	<input type="radio"/> LOCALISATION :			
• ENDOSCOPIE	<input type="radio"/> LOCALISATION :			
• AUTRE EXAMEN (radiographie, analyse sanguine, ...):				

INFORMATIONS MÉDICALES

PLAN D'ACCÈS

