

Clinique Vétérinaire  
de la Maillette

## Propriétaire de l'animal

Nom : .....

Tél : .....

Mail : .....

Adresse : .....

.....

### PARTIE PROPRIETAIRE

#### Animal :

Nom : ..... Espèce : .....

Race : ..... Sexe : .....

Date de Naissance : ..... Stérilisé :  Oui  Non

Poids : ..... N° d'identification : .....

Assurance :  Oui, précisez : .....  Non

### INFORMATIONS IMPORTANTES

Vous ne serez reçu à la Clinique Vétérinaire de la Maillette que sur recommandation de votre vétérinaire traitant. La prise de rendez-vous se fait au **02.97.61.10.10**.

Votre animal doit être à jeun de la veille au soir.

Merci d'apporter les résultats d'examens déjà réalisés (bilans sanguins, comptes rendus).

Un temps d'attente peut être nécessaire en fonction des examens complémentaires à réaliser.

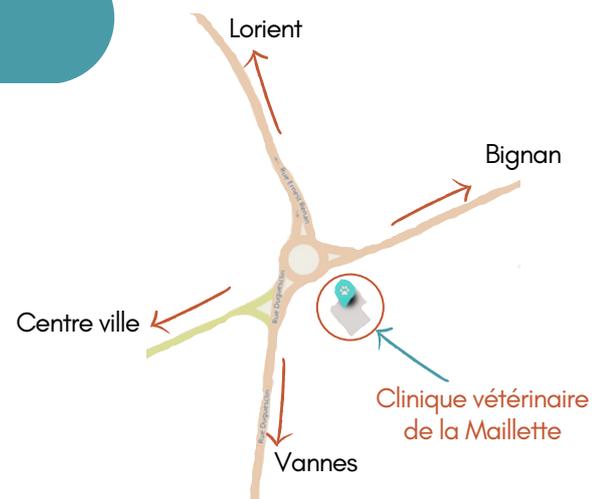
### ADRESSE ET CONTACT

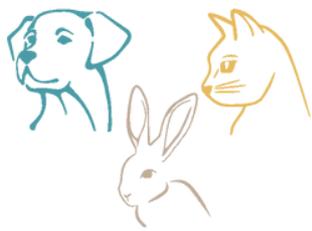
 2 rue Pierre Guillemot 56500 LOCMINE

 02.97.61.10.10

 secretariat-maillette@gsab.fr

 du lundi au samedi de 8h à 19h





Clinique Vétérinaire  
de la Maillette

## Praticien Référent

Nom : .....

Clinique : .....

Tél : .....

Mail\* : .....

Adresse : .....

.....

\*(Un compte rendu vous sera envoyé par mail)

### PARTIE VÉTÉRINAIRE

Fiche de liaison à transmettre à l'accueil dès votre arrivée

J'adresse l'animal ..... de Mme/M ..... pour une :

Chirurgie :

Orthopédie

Neurochirurgie

Tissus mous

Echographie :

Abdominale

Cardiaque

Cytoponction

Médecine interne :

Consultation

Oncologie

Prise en charge souhaitée :

Examen spécifié uniquement (ci-dessus)

Prise en charge globale

Anamnèse : .....

.....

.....

Examens déjà réalisés : .....

.....

.....

.....

Traitement en cours : .....

.....

.....

.....