



# FORMULAIRE DE RÉFÉRÉ

LA ROSE DES VENTS - 9 PROMENADE DU CAP – 06190 ROQUEBRUNE-CAP-MARTIN

☎ **04 93 35 41 48**

✉ [contact.clinique@vetazur.com](mailto:contact.clinique@vetazur.com)



## À REMPLIR PAR LE VÉTÉRIINAIRE RÉFÉRANT :

NOM DU VÉTÉRIINAIRE : .....

NOM DU PROPRIÉTAIRE : .....

NOM DE L'ANIMAL : .....

EXAMEN SOUHAITÉ : .....

COMMÉMORATIFS : .....

.....

MOTIF : .....

TRAITEMENT EN COURS : .....

.....

## À LIRE PAR LE PROPRIÉTAIRE :

*Merci d'apporter toutes les pièces nécessaires à la compréhension du **dossier médical**.*

*Merci d'amener votre animal **à jeun depuis la veille 19h** pour le repas et minuit pour l'eau.*

***En cas de Coloscopie, merci d'effectuer un régime viande uniquement** ( viande blanche bouillie ou adapter avec votre vétérinaire selon régime de votre animal ) depuis **48h avant l'examen**.*

*Merci d'effectuer **une sortie sanitaire** à votre animal avant de le déposer pour un examen.*

Cachet du vétérinaire