

Partie à remplir par le vétérinaire

N° d'identification de l'animal : _____

Informations concernant la visite médicale

Motif de consultation : Accident Maladie Prévention (Chirurgie de convenance, visite vaccinale, ...)

Est considérée comme un accident toute lésion corporelle médicalement constatée provenant de l'action violente, soudaine et imprévisible d'une cause extérieure à l'animal et non intentionnelle de la part de l'assuré ou de la personne ayant la garde de l'animal.

Type de consultation : Normale Référée Urgence

Visite de suivi : Oui Non - Si oui, date de la visite initiale : | | | | | | | | | |

En cas de maladie, date des premiers symptômes : | | | | | | | | | |



Symptômes

Résultats d'examens complémentaires

Diagnostic ou hypothèses diagnostiques

Prévention

Valences vaccinales	_____	Date du prochain rappel	
Produits ou actes de prévention (par exemple : bilan sanguin, échographie de contrôle, etc)			

Prescription à détailler dans le tableau ou joindre la copie de l'ordonnance

Produit	Posologie	Durée

Montant des frais engagés à détailler dans le tableau ou joindre les factures

Date	Nature des frais engagés (honoraires, médicaments, ...)	Montant TTC
Total à régler TTC		

Cachet du vétérinaire

J'ai vérifié l'identité de l'animal et je certifie la véracité des données médicales et des frais engagés.

Nom et prénom : _____

Date : | | | | | | | | | | Signature : _____