

Transfert de cas

Clinique vétérinaire d'ophtalmologie



Vétérinaire référant

Dr/Dre: _____ Tél : _____

Clinique : _____

Courriel: _____

Patient

Nom : _____

Race : _____ Âge : _____

Client

Nom: _____ Téléphone : _____

Adresse : _____

Hypothèses diagnostiques

- _____
- _____
- _____

Tests / Procédures effectuées

Test de Schirmer : Droit Gauche

Pression intraoculaire : Droit Gauche

Fluoresceine : Droit Gauche

Autre(s) : _____

Traitement actuel

- _____
- _____
- _____
- _____

Commentaire

