



**Formulaire d'Admission  
Clinique Vétérinaire  
Benjamin Franklin**

**ZA Porte Océane  
38 rue du Danemark  
56400 BRECH/ AURAY  
02 30 06 06 06**

<http://www.cliniqueveterinaire-benjaminfranklin.com>

***Partie réservée au propriétaire***

**Votre vétérinaire traitant vous adresse à notre Clinique, n'oubliez pas :**

- ▶ D'apporter tous les documents médicaux se rapportant à votre animal : compte-rendu, analyses sanguines, radiographies, échographies, dossier d'assurance ...
- ▶ D'amener votre animal à jeun ; sauf indication contraire : une dernière ration la veille au soir, l'eau peut être laissée à disposition jusqu'au départ. Pour les endoscopies digestives nécessitant une préparation particulière, contacter la clinique au préalable pour les instructions,
- ▶ De ne pas interrompre le traitement médical en cours sauf indication contraire (en cas d'hospitalisation il faut amener les médicaments en cours et l'alimentation habituelle de votre animal)

**RENDEZ-VOUS LE ..... A .....H avec le DV .....**

**Pour les consultations nécessitant une anesthésie et/ou des examens complémentaires, merci de prévoir déposer votre animal en début de journée et de le récupérer en fin de journée.**

**Remplissez ce formulaire soigneusement avec l'aide de votre vétérinaire si cela est nécessaire.**

Nom et prénom .....

Adresse complète .....

.....

Téléphone # numéro joignable toute la journée !.....

Nom de votre compagnon .....

Chien  Chat  NAC  Race .....

Mâle  Femelle  Stérilisé(e)  Age .....

N° identification ..... Assurance médicale  Non  Oui

Maladies connues et traitement subis dans le passé : .....

.....

.....

Traitements en cours : .....

.....

.....

Allergie connue ou intolérance à des médicaments :

Lesquels ?..... Effets ?.....

## ***Partie réservée au vétérinaire***

Nom ..... Téléphone.....  
Adresse..... Email.....  
.....  
Compte-rendu                      E-mail                       Téléphone                       Courrier papier

### **Commémoratifs**

---

**Examens complémentaires effectués et résultats** (merci de fournir au propriétaire une copie des analyses, radiographies, échographie...)

---

### **Traitement effectués**

---

### **Hypothèses diagnostiques**

---

### **Référé à la clinique pour**

---

- Prise en charge globale du cas jusqu'à l'issue des soins (consultation spécialisée, examens complémentaires éventuels, soins chirurgicaux et/ou médicaux et/ou hospitalisation)
- Diagnostic seul (consultation spécialisée et examens complémentaires ; le traitement sera ensuite réalisé par vos soins)
- Examen(s) complémentaire(s) seul(s) :
  - Radiographie (préciser la région) .....
  - Echographie (préciser la région) .....
  - Scanner (préciser la région) .....
  - Endoscopie (préciser la région) .....
  - Autre .....
- Traitement(s)
  - Chirurgie
  - Chimiothérapie
  - Autre .....