

VOTRE N° DE CONTRAT :

01 À REMPLIR PAR LE VÉTÉRINAIRE

Nom du propriétaire :

Nom de l'animal :

N° d'identification :

MOTIF DE LA CONSULTATION

1^{ère} visite pour ce problème **Urgence**

Accident Survenu le :

Maladie Date d'apparition des 1^{ers} symptômes :

Visite de suivi Date des visites antérieures liées à ce problème :

Commentaires :

HYPOTHÈSE(S) DIAGNOSTIQUE(S)

Aigu Commentaires :

Chronique

FRAIS ENGAGÉS ET PAYÉS PAR LE PROPRIÉTAIRE AU VÉTÉRINAIRE

	À COCHER	OBSERVATIONS - PRÉCISIONS - COMMENTAIRES			MONTANT TTC
A - Consultations	<input type="checkbox"/>	Dates :			A -
B - Injection(s)	<input type="checkbox"/>				B -
C - Analyses complémentaires	<input type="checkbox"/>	Natures des analyses :			C -
D - Radiographies/Echographies	<input type="checkbox"/>				D -
E - Hospitalisations	<input type="checkbox"/>	Nombres de jours :			E -
F - Anesthésie	<input type="checkbox"/>	Nature de l'acte :			F -
G - Chirurgie/Soins divers	<input type="checkbox"/>				G -
H - Médicaments fournis par le vétérinaire		NOM DÉPOSÉ	QUANTITÉ	Montant TTC	H -
		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
TOTAL PAYÉ					€

Je soussigné(e), vétérinaire, certifie l'exactitude des informations fournies ci-dessus.

Fait à :

Le :

Tampon du vétérinaire (indispensable) :

Signature du vétérinaire :

02 À REMPLIR PAR LE PHARMACIEN OU LE LABORATOIRE D'ANALYSES

Merci de joindre les documents ci-dessous :

l'**original de l'ordonnance** du vétérinaire

l'**original de la facture** du pharmacien et/ou du laboratoire

Tampon du pharmacien ou du laboratoire (indispensable) :