



117, avenue Carnot  
54130 SAINT-MAX  
Tel : 03 83 48 67 67  
Fax : 03 83 48 67 68

### A remplir par le propriétaire

Nom : .....

Adresse : .....

Code postal : ..... Commune : .....

Téléphone : .....

Nom de l'animal : .....

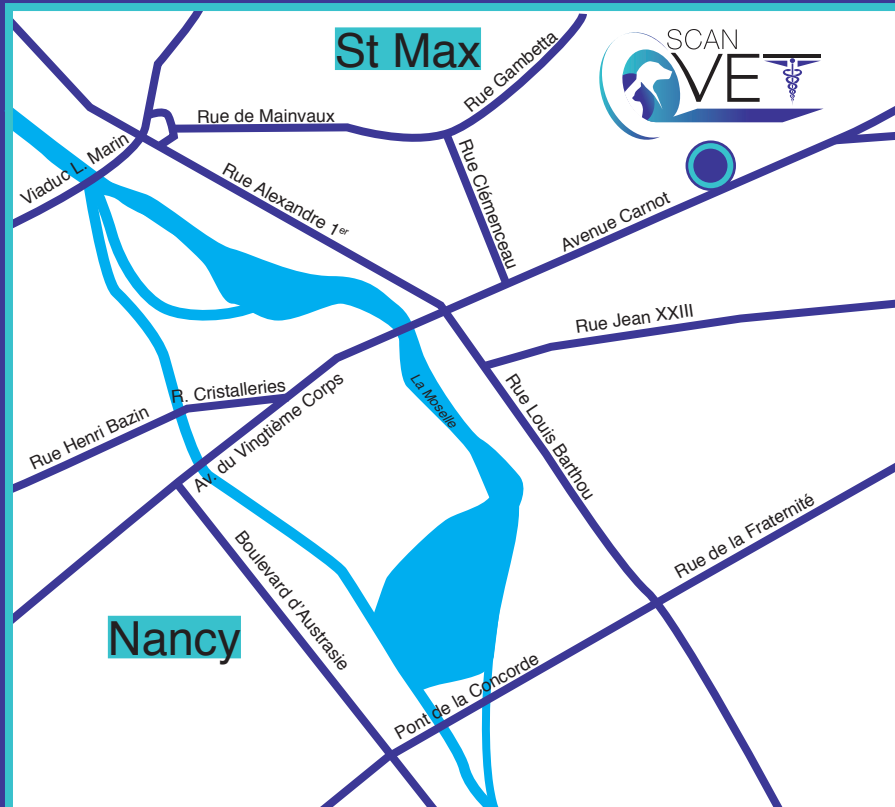
Chien                       Chat                       Autre

Race : ..... Sexe : .....

Date de naissance : .....

N° d'identification : ..... Poids : .....

Cachet de votre vétérinaire



117, avenue Carnot  
54130 SAINT-MAX  
Tel : 03 83 48 67 67  
Fax : 03 83 48 67 68

## Partie destinée au propriétaire

Votre vétérinaire vous envoie au scanner ScanVet pour un examen tomodensitométrie.

Sauf obligation médicale, nos soins se limiteront à ceux prescrits par votre vétérinaire. Votre animal ne pourra être reçu à nouveau à la clinique vétérinaire Saint Max qu'à la demande de votre vétérinaire. En respectant ces consignes, vous nous permettez de continuer de bénéficier de sa confiance fondée sur notre déontologie et notre compétence.

Votre animal va recevoir un examen scanner utilisant les rayons X, qui, aux doses pratiquées, s'avèreront inoffensifs. Une anesthésie générale est indispensable pour le bon déroulement de la procédure. En vue de cette anesthésie, **veuillez mettre à jeun votre animal dès la veille 21h** (retrait de l'aliment et de l'eau).

Prix TTC

- 380 € scanner  
(avec consultation, anesthésie et produit de contraste)
- 430 € : scanner + ponction LCR
- +100 € par région scannée supplémentaire
- +150 € si un myéloscanner est nécessaire

## Partie destinée au vétérinaire traitant

Nous vous remercions de la confiance que vous nous accordez en nous adressant votre patient. Nous lui apporterons les meilleurs soins possibles. Afin de l'anesthésier dans les conditions optimales, veuillez nous adresser les résultats des examens complémentaires que vous aurez jugés bon d'effectuer. Pour nous aider à satisfaire votre demande, nous vous prions de bien vouloir répondre aux questions suivantes :

## J'adresse l'animal pour :

- un examen scanner
- un examen scanner avec avis médico-chirurgical

## Commémoratifs justifiant l'indication de l'examen scanner :

.....  
.....  
.....

## Traitements et examens complémentaires effectués :

.....  
.....  
.....

## Examen demandé (entourer l'examen souhaité) :

- |                                                                                                              |                                         |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> <b>Crâne</b> : encéphale, cavités nasales/sinus, bulles tympaniques, cavité buccale | <input type="checkbox"/> <b>Cou</b>     |
| <input type="checkbox"/> <b>Rachis</b> : neurolocalisation C1-5/ C6-T2/ T3-L3/ L4-L6/ L6-S1/ inconnue        | <input type="checkbox"/> <b>Thorax</b>  |
| <input type="checkbox"/> <b>Orthopédique</b> , précisez la zone anatomique :                                 | <input type="checkbox"/> <b>Abdomen</b> |