

SOL·LICITUD D'ACTE QUIRÚRGIC SOLICITUD DE ACTO QUIRÚRGICO

VETERINARI REFERENT VETERINARIO REFERENTE

Veterinari:
Veterinario
Clínica:
Clínica
Telèfon:
Teléfono
E-mail:

PACIENT PACIENTE

Nom: <i>Nombre</i>	Espècie: <i>Especie</i>	Pes: <i>Peso</i>
Raça: <i>Raza</i>	Sexe: <i>Sexo</i>	Edat: <i>Edad</i>
Propietari: <i>Propietario</i>		
Telèfon: <i>Teléfono</i>	E-mail:	

Acte quirúrgic de referència:
Acto quirúrgico de referencia

Modalitats quirúrgiques especials: CIRURGIA LAPAROSCÒPICA CIRURGIA LÀSER CO2
Modalidades quirúrgicas especiales

Història clínica / Exploració física:
Historia clínica / Exploración física

Tractament i medicacions:
Tratamiento y medicaciones

Anàlisi sanguínia:
Análisis sanguíneo

Imatges:
Imágenes

(Cal adjuntar-ho a l'informe)
(Adjuntarlo al informe)

Comentaris / Comentarios: