



SERVICE DE DIAGNOSTIC
Ligne directe : 450 778-8151
Tél. : 450 773-8521, poste 8244
ou 514 343-6111, poste 8244
Télé. : 450 778-8116

Réception des échantillons (local 1249)
3200, rue Sicotte, Saint-Hyacinthe J2S 2M2
www.medvet.umontreal.ca

INFORMATIONS ANIMAL / PROPRIÉTAIRE	RENSEIGNEMENTS CLINIQUES
Nom de l'animal : _____	No. de dossier : _____
Espèce : _____ Âge : _____	<input type="radio"/> Mort naturelle : ____ / ____ / ____ <input type="radio"/> Euthanasie : ____ / ____ / ____
Race : _____	Reçu le : _____ <input type="radio"/> Congelé
Sexe : <input type="radio"/> F <input type="radio"/> FH <input type="radio"/> M <input type="radio"/> MC	Date de nécropsie : _____
No. dossier : _____	Clinicien : _____
Nom du propriétaire : _____	Référé par : _____
Adresse : _____	Diagnostic clinique : _____
Tél. : _____	<input type="radio"/> Interne <input type="radio"/> Externe <input type="radio"/> Cas d'assurance ¹
	<input type="radio"/> Recherche <input type="radio"/> Enseignement
	Animal – ASAQ : <input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non <i>Si un cas d'assurance n'est pas coché, veuillez noter que les frais associés aux analyses bactériologiques seront ajoutés à votre facture.</i>

TRAITEMENTS

Anamnèse : _____

Nombre de sujets soumis : _____

Poids : _____

Pathologiste : _____

Signature : _____

AUTRES RENSEIGNEMENTS

Nécropsie requise par : propriétaire clinicien

Signature clinicien : _____

¹ Je soussigné(e), accepte et m'engage à acquitter les frais de 500 \$ (si équin) ou 250 \$ (si bovin) relatifs au rapport d'autopsie pour mon animal couvert en vertu d'un contrat d'assurance.

(Le rapport sera produit en anglais sur demande expresse du client seulement. Si un cas d'assurance n'est pas coché, veuillez noter que les frais associés aux analyses bactériologiques seront ajoutés à la facture.)

Nom du client (lettres moulées) : _____

Date : _____

Signature : _____