

DATA DA CONSULTA: _____ HORA: _____ LOCAL: _____

NOME DO PET

GATO CACHORRO

RAÇA

IDADE _____ PESO _____ COR | CARACTERÍSTICA PREDOMINANTE DO ANIMAL _____ CASTRADO? SIM NÃO

POSSUI ALGUMA DOENÇA?

SIM NÃO QUAL?

REALIZOU ALGUM PROCEDIMENTO CIRURGICO?

SIM NÃO QUAL?

PLANO CONTRATADO

1) O ATENDIMENTO FOI: HORA MARCADA EMERGENCIAL

2) QUAL FOI O MOTIVO DO ATENDIMENTO? DESCREVA O OCORRIDO:

3) O PET APRESENTA ALGUMA DOENÇA QUE PODE TER AGRAVADO OU CONTRIBUÍDO PARA O OCORRIDO?

SIM NÃO DESCREVA: _____

4) O PET PRECISOU DE OBSERVAÇÃO OU INTERNAMENTO? SIM NÃO DATA: _____ A _____

5) FORAM REALIZADOS EXAMES? SIM NÃO

DATA: _____ EXAME: _____ RESULTADO: _____

DATA: _____ EXAME: _____ RESULTADO: _____

DATA: _____ EXAME: _____ RESULTADO: _____

6) O PET PRECISOU DE CIRURGIA? SIM NÃO DATA: _____

7) O PET SE ENCONTRA EM: ALTA MÉDICA TRATAMENTO OBSERVAÇÃO CIRURGIA

8) O PET APRESENTA SEQUELAS DEVIDO AO OCORRIDO? SIM NÃO

9) QUAL O DIAGNÓSTICO DO VETERINÁRIO? _____

10) O OCORRIDO ESTÁ RELACIONADO À FALTA DE VACINAS / IMUNIZAÇÃO? SIM NÃO

11) O ANIMAL SOFREU EUTANÁSIA? SIM NÃO

DECLARAÇÃO DO VETERINÁRIO: Declaro que as informações prestadas acima são verdadeiras. Declaro ainda, ter ciência das sanções previstas em lei para os casos de omissão ou declarações inverídicas.

LOCAL: _____ DATA: _____

CARIMBO CRMV E ASSINATURA