



Transmettre réquisition :

-Courriel : evetmobile1@gmail.com

-Fax : 450-202-3456

Réquisition de Consultation en Cardiologie

1. Signalement :

Espèce/Race : _____

Âge/Sexe : _____

Nom : _____

Poids : _____

2. Anomalie(s) à l'auscultation (avec date d'apparition) :

Souffle Grade :

Arythmie

Bruit de galop

Bruits respiratoires anormaux

Autre(s)

3. Symptôme(s) clinique(s) (avec date d'apparition):

Asymptomatique

Tachypnée/Dyspnée

Intolérance à l'exercice

Syncope/Collapse

Toux

Thrombo-embolisme

4. Radiographies thoraciques à réviser :

5. Anesthésie prévue :

6. Test(s) demandé(s): Échocardiographie ECG Autre(s)

Vétérinaire en charge du patient/Établissement: