

Imię i nazwisko Opiekuna:

Adres:

Imię zwierzęcia:

Gatunek zwierzęcia:

pies

kot

inne(wpisać jaki gatunek)

Dotyczy kota - czy zdiagnozowano:

FeLV/ FIV/Nie badano

Rasa zwierzęcia:

Wiek zwierzęcia:

Waga zwierzęcia:

Wcześniejsze przewlekłe choroby/zabiegi(proszę wpisać jakie):

Objawy obecnej choroby:

Wykonane dotychczas badania(dotyczące obecnej jednostki chorobowej):

Rozpoznanie/Podejrzenie obecnej choroby:

Prowadzone dotychczas leczenie:

Czy zwierzę było już konsultowane onkologicznie?

tak/nie

Ostatnia konsultacja onkologiczna (jeśli była):

Przyjmowane obecnie leki(w tym dawki) :

Obecny stan Pacjenta/ki:

1. Czy zachowuje się normalnie? Nie/tak
2. Czy ma duszność/trudności w oddychaniu? Nie/tak
3. Czy odczuwa wyraźny ból, problemy z chodzeniem ? Nie/tak
4. Czy ma wyraźne problemy w poruszaniu się? Nie/tak
- 5.Czy nastąpił spadek masy ciała ? Nie/tak
6. Czy nie je lub je bardzo niewiele? Nie/tak
7. Czy wymiotuje? Nie/tak
8. Czy ma biegunkę lub zaparcie? Nie/tak
9. Ile wypija wody? Mało/normalnie/Więcej niż zwykle
10. Czy ma problem z oddawaniem moczu? Nie/tak

LEKARZ PROWADZĄCY / KIERUJĄCY

Czy zostali Państwo skierowani do nas przez lekarza weterynarii?
Tak/nie

Jeśli tak: Imię i nazwisko lekarza prowadzącego / kierującego:

Nazwa i adres placówki weterynaryjnej, w której prowadzone jest leczenie zwierzęcia:

KONTAKT DO OPIEKUNA PACJENTA

Imię i nazwisko osoby kontaktowej:

Adres e-mail (wymagane):

Powtórz adres e-mail (wymagane):

Telefon (wymagane):

Powtórz numer telefonu (wymagane):

Załączniki badań (USG opisy , RTG opisy , CT opisy, wyniki badań laboratoryjnych ,inne załączniki np. wypisy wizyt) :

Tutaj załączniki do Karty klinika xp

Pytanie do specjalisty: