

Data da Consulta: ____ / ____ / ____ Hora: ____ Local: _____

Pet	Característica predominante do animal <input type="checkbox"/> Gato <input type="checkbox"/> Cachorro	Nº de microchip	Raça	Idade	Peso
Cor e pelagem do animal	Castrado? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Realizou algum procedimento cirúrgico? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Qual?			
Possui alguma doença? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Qual?				Plano contratado	

1) Qual o motivo do atendimento? Descreva o ocorrido:

2) O atendimento foi: Hora marcada Emergencial

3) O animal apresentava doença que pode ter contribuído ou agravado o Sim Não

evento? Descreva:

4) Foi necessária a realização de exames? Sim Não

Data: ____ / ____ / ____ Exame: _____ Resultado: _____

Data: ____ / ____ / ____ Exame: _____ Resultado: _____

Data: ____ / ____ / ____ Exame: _____ Resultado: _____

5) O animal necessitou de observação ou internamento? Sim Não Data: ____ / ____ a ____ / ____ / ____

6) O animal necessitou realizar cirurgia? Sim Não Data: ____ / ____ / ____

Descreva o procedimento realizado:

7) Qual a definição em que o animal se encontra: Alta médica Tratamento Observação Cirurgia

Data: ____ / ____ / ____

8) O animal apresenta sequelas quanto ao evento Sim Não
ocorrido?

9) Qual o diagnóstico do Veterinário? _____

10) O ocorrido está relacionado devido a falta de imunização/vacinas? Sim Não

11) O animal sofreu eutanásia? Sim Não

DECLARAÇÃO DO MÉDICO VETERINÁRIO

Declaro que as informações prestadas acima são verdadeiras ao qual me responsabilizo por elas. Estou ciente das sanções revista em lei, caso tenha omitido ou prestado qualquer tipo de declaração não verídica.

Local: _____ Data: ____ / ____ / ____