

**Cartella Clinica Nr. .... del.....**

Sezione Anagrafica: Cane <input type="checkbox"/> Gatto <input type="checkbox"/> Altro <input type="checkbox"/>
---

Razza \_\_\_\_\_ Sesso M  F  Età \_\_\_\_\_

Mantello \_\_\_\_\_ Taglia P  M  G  Nome \_\_\_\_\_

Sterilizzato Si  No  Microchip \_\_\_\_\_

Dati Anagrafici Proprietario/Detentore
--

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_ Tel \_\_\_\_\_

Indirizzo \_\_\_\_\_ Comune di \_\_\_\_\_

Documento D'identità Si  No

Numero \_\_\_\_\_

Esame Clinico
---------------

• BCS \_\_\_\_\_

• T° \_\_\_\_\_

• Sensorio \_\_\_\_\_

• Cute e annessi \_\_\_\_\_

• Valutazione Comportamentale: Rischio SI  no

• Diagnosi \_\_\_\_\_

Note \_\_\_\_\_

---

Firma Veterinario

Destinazione/Ricovero :

- Canile Box nr.
- Gattile Box nr.
- Tendostruttura di Pronto Soccorso I livello  II livello

Terapie Effettuate

Data	Farmaco	Dose	Veterinario	Note

Indagini Laboratorio :

Leish: Data \_\_\_\_\_ Esito \_\_\_\_\_

Ehrlic: Data \_\_\_\_\_ Esito \_\_\_\_\_

Altro: \_\_\_\_\_

**Dimissioni:**

➤ Restituzione al Proprietario/detentore Sig \_\_\_\_\_

tenda \_\_\_\_\_ Campo \_\_\_\_\_

data \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

➤ Decesso data \_\_\_\_\_

Note \_\_\_\_\_

Firma Veterinario