

Informação do CAMV Referente

Nome do CAMV	
Médico Veterinário Responsável	
Cédula OMV	
Contacto Telefónico Principal	
Contacto Telefónico Alternativo	
Endereço eletrónico	
Horário de Atendimento	

Informação do Paciente

Nome	
Espécie	
Raça	
Data de Nascimento	
Sexo	
Estado Fértil	
Peso	

Informação do Proprietário

Nome	
Contacto telefónico Principal	
Contacto telefónico Alternativo	
Endereço eletrónico	

Breve informação clínica e medicação já realizada:

Doenças pré-existentes e reações medicamentosas relevantes:

Exames já realizados (anexar resultados/imagens sff.)

Motivo da Referência:

Consultas a realizar no HEV-FMV:

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Anestesia | <input type="checkbox"/> Infecto-Contagiosas |
| <input type="checkbox"/> Cardiologia | <input type="checkbox"/> Medicina Interna |
| <input type="checkbox"/> Cirurgia | <input type="checkbox"/> Neurologia |
| <input type="checkbox"/> Comportamento Animal | <input type="checkbox"/> Nutrição |
| <input type="checkbox"/> Dermatologia | <input type="checkbox"/> Oftalmologia |
| <input type="checkbox"/> Estomatologia | <input type="checkbox"/> Oncologia |
| <input type="checkbox"/> Exóticos | <input type="checkbox"/> Ortopedia |
| <input type="checkbox"/> Hospitalização | <input type="checkbox"/> Reprodução |
| ○ Normal | <input type="checkbox"/> Outros: _____ |
| ○ UIDI (Infecto) | |

Agradecemos a sua preferência.
Envie, por favor, este documento para o email:
consultas@fmv.ulisboa.pt
aquando da marcação.

