



DATE ET HEURE :

Une communication téléphonique avec un employé du Centre Vétérinaire Daubigny a eu lieu :

- Oui Si oui, nom de l'employé contacté _____
- Non

INFORMATIONS DE L'ÉTABLISSEMENT DE PROVENANCE DU PATIENT

Nom de l'établissement	
Nom du vétérinaire référent	
Raison médicale du transfert	
Particularités	
Médication en cours	

DOSSIER DU PATIENT

- Le client a son dossier en main
- Envoi par courriel daubigny@daubigny.ca
- Non applicable

INFORMATIONS CLIENT/PATIENT

Nom du client	
Nom du patient	
Numéro de téléphone	
Courriel	

REMETTRE CE DOCUMENT DE TRANSFERT AU CLIENT IL SERA NÉCESSAIRE À SON ARRIVÉE

NB Mon client a été avisé d'un possible délai d'attente selon l'achalandage du service d'urgence

Coordonnées du Centre Vétérinaire Daubigny

3405 Boul Wilfrid Hamel

Québec, Québec

G1P 2J3

418-872-5355

Merci de votre confiance