

Vous nous référez un cheval pour examen IRM :
Merci de compléter ce formulaire

Vétérinaire référant :

Clinique :

Adresse :

Téléphone :

Fax :

Email :

Propriétaire :

Adresse :

Téléphone :

Cheval :

Age :

Sexe :

Race :

Activité et niveau :

Région(s) d'étude(s) IRM demandée(s) :

- | | |
|----------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Pied | <input type="checkbox"/> Région métacarpienne – métatarsienne proximale |
| <input type="checkbox"/> Pâturon | <input type="checkbox"/> Carpe |
| <input type="checkbox"/> Boulet | |

Membre(s) :

- | | |
|------------------------------------|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Antérieur | <input type="checkbox"/> Postérieur |
| <input type="checkbox"/> Gauche | <input type="checkbox"/> Droit |

Formule d'examen et interprétation IRM souhaités :

- Lecture des images et diagnostic imagerie
- Lecture de images, diagnostic imagerie, conclusions et suggestions de traitement

Membre(s) boiteux : AD AG PD PG

Durée d'évolution :

Début : aigu - insidieux

Evolution : amélioration - stagnation – intermittent - aggravation

En ligne droite sur terrain ferme : 1/5 2/5 3/5 4/5 5/5

En cercle à droite sur terrain ferme : 1/5 2/5 3/5 4/5 5/5

En cercle à gauche sur terrain ferme : 1/5 2/5 3/5 4/5 5/5

Amélioration sur terrain mou Oui – Non

Résultat pince à pieds :

Tests de flexion (préciser) :

Test d'extension interphalangienne :

Anesthésie diagnostique :

Digitale distale : négative / positive à %

Digitale proximale ou sésamoïdienne abaxiale : négative / positive à %

Métacarpienne distale : négative / positive à %

Métacarpienne proximale : négative / positive à %

Articulaire (préciser) : négative / positive à %

Bourse naviculaire : négative / positive à %

Autre (préciser) : négative / positive à %

Examen radiographique entrepris ? : oui - non date :

Si oui, conclusions (idéalement fournir les clichés) :

Examen échographique entrepris ? : oui – non date :

Si oui, suspicions :

Examen scintigraphique entrepris ? : oui - non date :

Si oui, conclusions :

Précédant examen IRM ? : oui - non date :

Si oui, précédentes conclusions :

Médications passées ou en cours (merci de préciser les dates) :

- par voie locale :

- par voie générale :

Activité actuelle :

Ferrure actuelle :

Autres informations utiles à considérer :

Suspicion(s) clinique(s) :

-
-
-
-
-
-

Merci d'avoir pris le temps de remplir ce questionnaire d'anamnèse. Ces informations nous seront précieuses pour interpréter les images IRM. Un compte-rendu d'examen IRM vous sera adressé par courrier. Nous sommes très intéressés de recevoir des informations sur l'évolution clinique des chevaux passés en IRM.

Dr Vétérinaire

Date

Signature