

ANNEXE N°2/2

**AUDIT D'UN CABINET OU D'UNE CLINIQUE VETERINAIRE POUR L'OCTROI
DU MANDAT SANITAIRE**

Effectué le par Dr

RENSEIGNEMENTS GENERAUX :

- *cabinet individuel cabinet de groupe clinique
*nom et prénom
*N d'inscription au CNOMVT : date d'ouverture de patente
* Associés.....
* Adresse
*Code postal.....délégation.....gouvernorat.....
*Tel fax..... Mobilee-mail.....
*Location Propriété

LOCAL : Superficie du cabinet/clinique, environ:.....m2 couverts (Minimum autorisé 40/100 mètres carré)

***Obligatoires**

- | | | |
|--|-----|-----|
| -Plaque professionnelle (50*50) | oui | non |
| -Bureau du vétérinaire | oui | non |
| -Enseigne lumineuse blanche avec caducée | oui | non |
| -Armoire de médicaments | oui | non |
| - Toilettes propres avec chasse d'eau | oui | non |
| -Eau courante | oui | non |
| -Façade propre et respectueuse | oui | non |
| -Salle d'attente | oui | non |
| -Salle de consultation | oui | non |

***Nécessaires**

- | | | |
|-------------------------------|-----|-----|
| -Caisson lumineux (200*60*15) | oui | non |
| -Sonnerie | oui | non |

***Facultatif**

- | | | |
|------------|-----|-----|
| -Réception | oui | non |
|------------|-----|-----|

EQUIPEMENT :

***Obligatoires**

- | | | |
|---|-----|-----|
| -Véhicule | oui | non |
| -Equipement de stérilisation | oui | non |
| -Matériel de multi- injection fonctionnel (en rurale) | oui | non |
| -Réfrigérateur (capacité≥à300litres) | oui | non |
| -Glacières (minimum 2) | oui | non |
| -Bloc réfrigérants (minimum6) | oui | non |
| - Fax fonctionnel | oui | non |
| -Email | oui | non |
| -Matériel informatique fonctionnel | oui | non |

***Nécessaires**

- | | | |
|---|-----|-----|
| - cahier de bord pour consultation et RDV | oui | non |
|---|-----|-----|

OBSERVATIONS :

DECISION :

Favorable

Défavorable

NB: L'absence d'une condition obligatoire ou 2 conditions nécessaires induit un avis défavorable

Signature de l'audité

Signature de l'auditeur

