

Propriétaire :		Vétérinaire :	
Nom :	Prénom :	(Nom ou cachet)	
Adresse :		Adresse :	
N° postal :	Localité :	N° postal :	Localité :
Tél. :	Email :	Tél. :	Email :
		Fax :	

Animal :	Espèce :	Sexe : mâle <input type="checkbox"/>	femelle <input type="checkbox"/>	Age :
Nom :	Race :	Stérilisé(e) : <input type="checkbox"/>	Identification :	

péri euthanasié prélevé le : heure :

Prélèvement(s) : (indiquez le nombre)			
<input type="checkbox"/> Cadavre(s)	<input type="checkbox"/> Grattage(s) / poils	<input type="checkbox"/> Pièce(s) opératoire(s) :	<input type="checkbox"/> Ecouvillon(s)
<input type="checkbox"/> Organe(s) :	<input type="checkbox"/> Néoplasme(s)	<input type="checkbox"/> entière(s)	<input type="checkbox"/> Autre :
<input type="checkbox"/> Matières fécales	<input type="checkbox"/> Biopsie(s)	<input type="checkbox"/> fragment(s)	

Analyse demandée :	<input type="checkbox"/> Ex. bactériologique	<input type="checkbox"/> Ex. histopathologique	<input type="checkbox"/> Incinération séparée
<input type="checkbox"/> Autopsie	<input type="checkbox"/> Antibiogramme	<input type="checkbox"/> Ex. mycologique	
<input type="checkbox"/> Ex. macroscopique	<input type="checkbox"/> Ex. parasitologique	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/> Vidy		<input type="checkbox"/> Cremadog
			<input type="checkbox"/> Séon

Anamnèse – commémoratifs – traitement(s) – demande(s) particulière(s)

Informations complémentaires au verso

Localisation et aspect macroscopique des lésions : taille, forme, couleur, consistance, rapports aux tissus adjacents (profondeur, adhérence, délimitation, orientation, marges...)

Lésion unique multicentrique

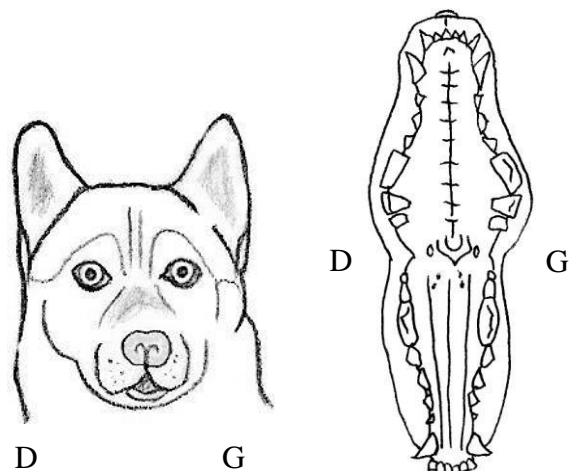
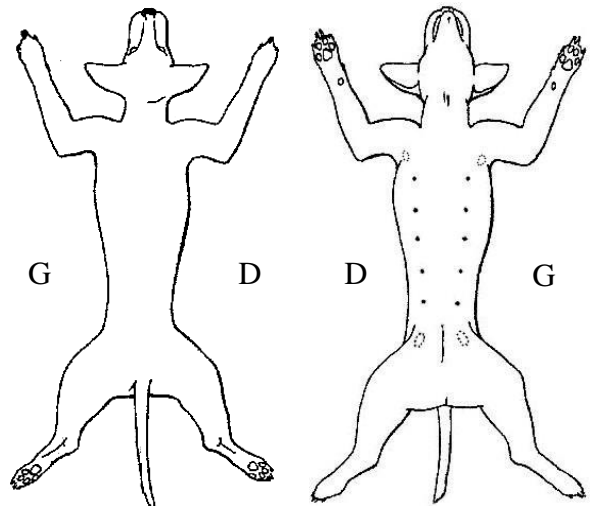
Durée d'évolution ?

Résultats du bilan d'extension ? (radiographies pulmonaires, échographie, nœud(s) lymphatique(s) de drainage)

Diagnostic de suspicion :

-
-
-

Merci d'indiquer la/les zone(s) de prélèvement :



Facture à : Propriétaire
 Vétérinaire

Rapport et copie(s) à : Propriétaire
 Vétérinaire

Signature du demandeur :

Date :