

Dr Catherine LE FOLL
06 80 10 06 22
www.ccpath.fr

- Réception des prélèvements à l'espace de Dépôt **COT**
10 chem de la plaine, 31770 Colomiers, 8h00-12h30/14h-18h00
- Enlèvement sur demande par **transporteur** au **06 80 100 622**
- Autre mode d'acheminement

Mail :

PROPRIETAIRE	Nom _____
	Adresse _____
	Tel / Mail _____

ANIMAL	Nom _____	Race _____
	chien <input type="checkbox"/> chat <input type="checkbox"/>	Age _____
	M <input type="checkbox"/> MC <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> FC <input type="checkbox"/>	Couleur de la robe _____

Nature des prélèvements

<input type="checkbox"/> CYTOLOGIE SUR LIQUIDE Nb tubes EDTA _____ Nb étalements directs _____ Nb étalements du culot _____	<input type="checkbox"/> MYELOGRAMME Nb lames _____
<input type="checkbox"/> FROTTIS SANGUINS Nb tubes EDTA _____ Nb frottis _____	<input type="checkbox"/> CYTOPONCTION A L'AIGUILLE FINE Nb lames _____
<input type="checkbox"/> AUTRE :	<input type="checkbox"/> CYTOBROSSE Nb lames _____
	<input type="checkbox"/> CALQUE Nb lames _____
	<input type="checkbox"/> AUTRE : Nb lames _____

Nature de l'examen

Suivi/ Antécédent non oui : ref _____

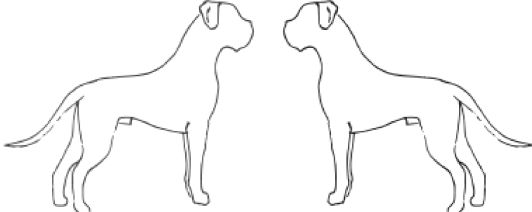

Examen cyto dans le cadre d'un bilan diagnostique CCpath : non oui : Remplir fiche « **BILANS DIAGNOSTIQUES** »

Coût (voir grille tarifaire) : analyse _____ € Transporteur (+19€) total _____ €

Chèque Facturation vétérinaire

DEMANDE DE KITS

Commémoratifs et observations cliniques

DESCRIPTION DES LESIONS	HEMATOCYTOPATHOLOGIE <input type="checkbox"/> Frottis sanguin <input type="checkbox"/> Myélogramme	EXAMEN CYTO DANS LE CADRE D'UN BILAN D'EXTENSION <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui
	NŒUD LYMPHATIQUE <input type="checkbox"/> Adénomégalie généralisée <input type="checkbox"/> Adénomégalie isolée	Symptômes, signes cliniques, suspicions diagnostiques et traitements reçus : _____ _____ _____
	MASSE <input type="checkbox"/> Cutanée <input type="checkbox"/> Sous-cutanée <input type="checkbox"/> Thoracique <input type="checkbox"/> intra-abdominale	Modifications hématologiques <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui (fournir les données de l'hémogramme)
	ORGANES INTERNES <input type="checkbox"/> Foie <input type="checkbox"/> Rate <input type="checkbox"/> Rein <input type="checkbox"/> Prostate <input type="checkbox"/> Vessie	Localisation anatomique et informations macroscopiques : Si épanchement : couleur _____ taux de protéines _____
	ŒIL ○ D ○ G <input type="checkbox"/> Conjonctive <input type="checkbox"/> Sclère <input type="checkbox"/> Humeur	Lésion unique <input type="checkbox"/> multicentrique <input type="checkbox"/> taille : _____ Hypertrophie diffuse <input type="checkbox"/> nodule <input type="checkbox"/> plaque <input type="checkbox"/> masse <input type="checkbox"/>
	OS & ARTICULATIONS <input type="checkbox"/> Os <input type="checkbox"/> Liquide synovial	
	ARBRE RESPIRATOIRE <input type="checkbox"/> LBA <input type="checkbox"/> LTB <input type="checkbox"/> Cavité(s) nasale(s) ○ D ○ G	
	EPANCHEMENT * <input type="checkbox"/> Pleural <input type="checkbox"/> Péricardique <input type="checkbox"/> Abdominal	Durée d'évolution : _____
	FLUIDE CORPOREL <input type="checkbox"/> Urine (○ miction ○ sondage ○ cystocentèse)	Données de l'imagerie médicale Radiographies <input type="checkbox"/> Echographie <input type="checkbox"/> scanner <input type="checkbox"/> IRM <input type="checkbox"/>
	AUTRE : _____	_____