

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

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

Mail :

<b>PROPRIETAIRE</b>	Nom _____  Adresse _____  Tel / Mail _____	<b>ANIMAL</b>	Nom _____ chien <input type="checkbox"/> chat <input type="checkbox"/> Race _____ M <input type="checkbox"/> MC <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> FC <input type="checkbox"/> Age _____ Couleur de la robe _____
---------------------	--	---------------	---

**Nature des prélèvements**

Nb tubes EDTA _____ Nb tubes SEC _____ <b>Nombre total de tube(s):</b> _____  DEMANDE DE KITS <input type="checkbox"/>	<b>Suivi / Antécédent</b> <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui : ref _____ <b>ANALYSE DANS LE CADRE D'UN BILAN DIAGNOSTIQUE CCPATH :</b> <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui ( <i>Remplir fiche « BILANS DIAGNOSTIQUES »</i> ) <b>Coût</b> (voir grille tarifaire) : _____ € <input type="checkbox"/> <b>Transport EXPRESS</b> (+ 27€) <b>total</b> _____ € Chèque <input type="checkbox"/> Facturation vétérinaire <input type="checkbox"/>
--	--

**DESCRIPTION DES LESIONS**

**Ponction** atlanto-occipitale  lombaire

**Aspect macroscopique:**  
 eau de roche  trouble  séro-hémorragique  hémorragique  xanthochromique

**Protéïnorachie :** \_\_\_\_\_ g/l (dont **Albumine** : \_\_\_\_\_ mg/dl)

**Comptage en cellules de Mallassez :** \_\_\_\_\_ cellules/ $\mu$ l

**Symptômes & signes cliniques :**  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Durée d'évolution : \_\_\_\_\_

Modifications hématologiques  non  oui (*fournir les données de l'hémogramme*)

Bilan biochimique : Protéïnémie \_\_\_\_\_ g/l Albuminémie \_\_\_\_\_ g/l

**Données de l'imagerie médicale**  
 Radiographies  Myélographie  scanner  IRM

Lésion unique  multicentrique  taille : \_\_\_\_\_

Localisation : Moelle épinière : extradurale  intradurale extramedullaire  intramedullaire   
 Cerveau \_\_\_\_\_

**Suspensions diagnostiques** 1 \_\_\_\_\_ 2 \_\_\_\_\_

**Traitements reçus :**  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_