

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 :

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

DESCRIPTION DES LESIONS	<p>Ponction atlanto-occipitale <input type="checkbox"/> lombaire <input type="checkbox"/></p> <p>Aspect macroscopique: eau de roche <input type="checkbox"/> trouble <input type="checkbox"/> séro-hémorragique <input type="checkbox"/> hémorragique <input type="checkbox"/> xanthochromique <input type="checkbox"/></p> <p>Protéïnorachie : _____ g/l (dont Albumine : _____ mg/dl)</p> <p>Comptage en cellules de Mallassez : _____ cellules/μl</p> <p>Symptômes & signes cliniques : _____ _____ _____</p> <p>Durée d'évolution : _____</p> <p>Modifications hématologiques <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui (<i>fournir les données de l'hémogramme</i>)</p> <p>Bilan biochimique : Protéïnémie _____ g/l Albuminémie _____ g/l</p> <p>Données de l'imagerie médicale Radiographies <input type="checkbox"/> Myélographie <input type="checkbox"/> scanner <input type="checkbox"/> IRM <input type="checkbox"/></p> <p>Lésion unique <input type="checkbox"/> multicentrique <input type="checkbox"/> taille : _____</p> <p>Localisation : Moelle épinière : extradurale <input type="checkbox"/> intradurale extramedullaire <input type="checkbox"/> intramedullaire <input type="checkbox"/> Cerveau _____</p> <p>Suspensions diagnostiques 1 _____ 2 _____</p> <p>Traitements reçus : _____ _____ _____</p>
--------------------------------	---