

- 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 _____	ANIMAL	Nom _____
	Adresse _____		chien <input type="checkbox"/> chat <input type="checkbox"/> Race _____
	Tel / Mail _____		M <input type="checkbox"/> MC <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> FC <input type="checkbox"/> Age _____
		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"/> CYTOPONCTION A L'AIGUILLE FINE Nb lames _____ <input type="checkbox"/> CYTOBROSSE Nb lames _____ <input type="checkbox"/> CALQUE Nb lames _____ <input type="checkbox"/> AUTRE : Nb lames _____
<input type="checkbox"/> FROTTIS SANGUINS Nb tubes EDTA _____ Nb frottis _____	

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	EXAMEN CYTO DANS LE CADRE D'UN BILAN D'EXTENSION <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui
	<input type="checkbox"/> Frottis sanguin	Symptômes, signes cliniques, suspicions diagnostiques et traitements reçus :
	<input type="checkbox"/> Myélogramme	_____
	NŒUD LYMPHATIQUE	_____
	<input type="checkbox"/> Adénomégalie généralisée	_____
	<input type="checkbox"/> Adénomégalie isolée	_____
	MASSE	Modifications hématologiques <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui (fournir les données de l'hémogramme)
	<input type="checkbox"/> Cutanée <input type="checkbox"/> Sous-cutanée	Localisation anatomique et informations macroscopiques :
	<input type="checkbox"/> Thoracique <input type="checkbox"/> intra-abdominale	Si épanchement : couleur _____ taux de protéines _____
	ORGANES INTERNES	Lésion unique <input type="checkbox"/> multicentrique <input type="checkbox"/> taille : _____
<input type="checkbox"/> Foie <input type="checkbox"/> Rate <input type="checkbox"/> Rein	Hypertrophie diffuse <input type="checkbox"/> nodule <input type="checkbox"/> plaque <input type="checkbox"/> masse <input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Prostate <input type="checkbox"/> Vessie	<div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> </div>	
ŒIL ○ D ○ G	Durée d'évolution : _____	
<input type="checkbox"/> Conjonctive <input type="checkbox"/> Sclère	Données de l'imagerie médicale	
<input type="checkbox"/> Humeur	Radiographies <input type="checkbox"/> Echographie <input type="checkbox"/> scanner <input type="checkbox"/> IRM <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	_____	
FLUIDE CORPOREL	_____	
<input type="checkbox"/> Urine	_____	
(○ miction ○ sondage ○ cystocentèse)	_____	
<input type="checkbox"/> Fraction prostatique	_____	
AUTRE :	_____	
_____	_____	