

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 :

PROPRIÉTAIRE	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

<p>Nombre de biopsies médullaires <input type="text"/></p> <p>Nombre de frottis sanguin <input type="text"/></p> <p>Nombre de lames de myélogramme <input type="text"/></p> <p>Conditionnement : Nbre de pot(s) _____ tube(s) _____ lame(s) _____</p> <p>DEMANDE DE KITS <input type="checkbox"/></p>	<p>Suivi / Antécédent <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui : ref _____</p> <p>Biopsies réalisées dans le cadre du bilan diagnostique CCpath <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui : Remplir fiche « BILANS DIAGNOSTIQUES »</p> <p>Coût (voir grille tarifaire) : analyse _____ € <input type="checkbox"/> Transporteur (+19€) total _____ € Chèque <input type="checkbox"/> Facturation vétérinaire <input type="checkbox"/></p>
---	---

Commémoratifs et observations cliniques

COMMEMORATIFS ET DESCRIPTION DES LESIONS	<p>Symptômes & signes cliniques :</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
	<p>Modifications hématologiques principales (fournir les données de l'hémogramme):</p> <p>_____</p>
	<p>Splénomégalie <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui : diffuse <input type="checkbox"/> nodulaire <input type="checkbox"/> homogène <input type="checkbox"/> hétérogène <input type="checkbox"/></p>
	<p>Hypertrophie nodale <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui : généralisée <input type="checkbox"/> isolée <input type="checkbox"/></p>
	<p>Données du myélogramme :</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
	<p>Recherche d'agents infectieux :</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
	<p>Suspensions diagnostiques : 1 _____ 2 _____</p>
	<p>Traitements reçus :</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
	<p>Localisation des biopsies ostéo-médullaires : _____</p>