

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

- **pièce opératoire entière**
- Analyse des marges oui non
- **fragments**
- **biopsies**
- Nombre total de prélèvement :
- Dans nombre de pot(s) _____ de tube(s) _____

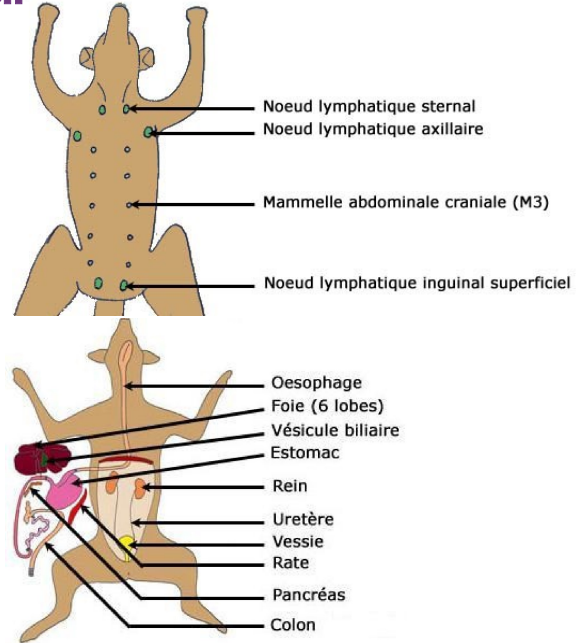
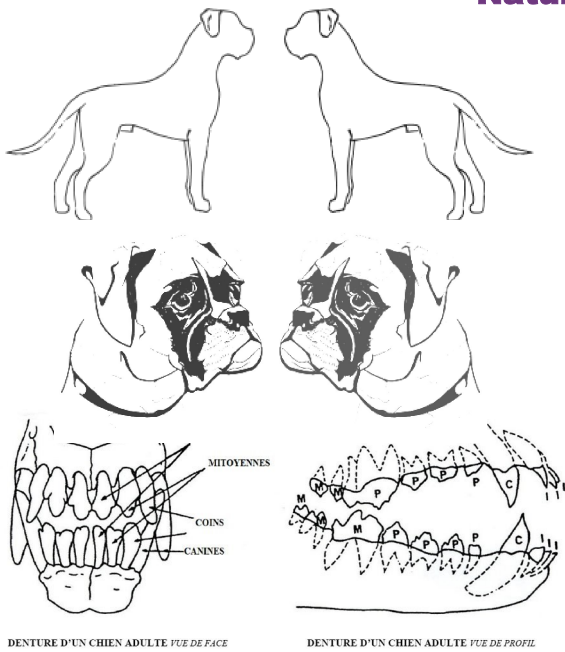
Suivi / Antécédents non oui : ref _____

Examen histo 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

Nature de l'examen



COMMEMORATIFS ET DESCRIPTION DES LESIONS

Symptômes, signes cliniques, suspicions diagnostiques et traitements reçus :

Taille : _____ Forme : _____ Durée d'évolution : _____ adhérence : _____

Résultat du bilan d'extension :

- Hypertrophie nodale non oui :
- Radiographies / Scanner / IRM THORAX (poumons et NL médiastinaux) : _____
- Echographie abdominale (NL profonds, foie, rate ...) : _____