

**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**
- **fragments**
- **biopsies**

Analyse des marges oui  non

Nombre total de prélèvement :

Dans nombre de pot(s) \_\_\_\_\_ de tube(s) \_\_\_\_\_

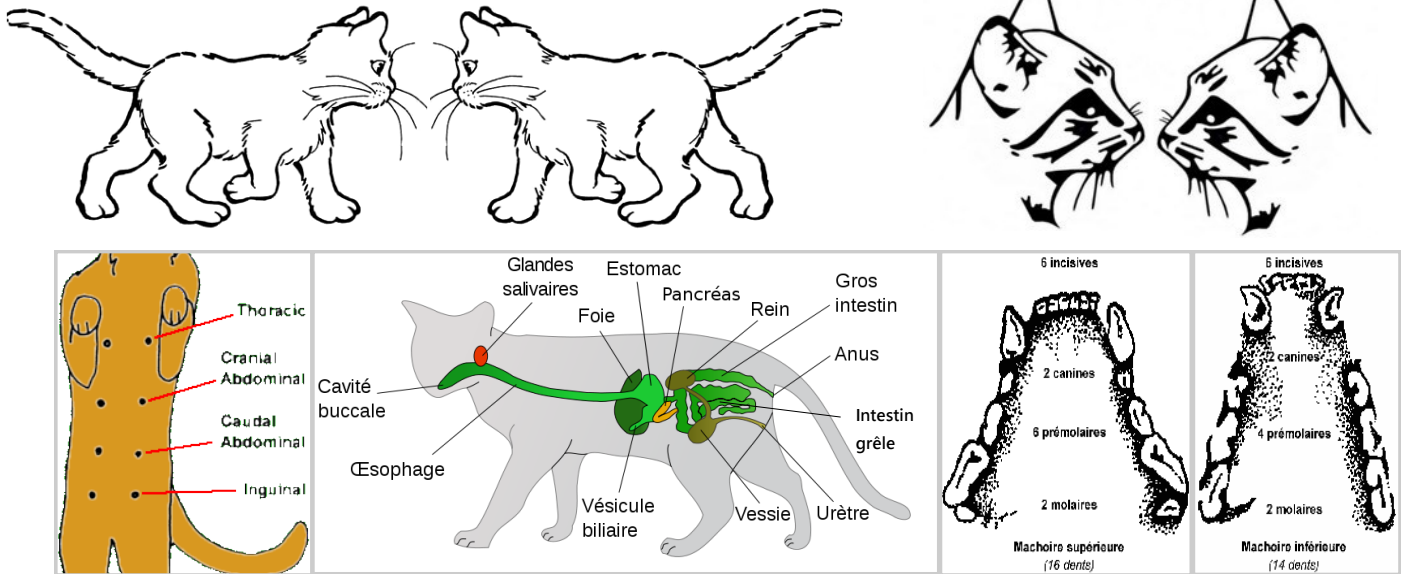
Suivi / Antécédents  non  oui : ref \_\_\_\_\_

Examen histo dans le cadre d'un bilan diagnostique CCpath :  
 non  oui : Remplir fiche « BILANS DIAGNOSTIQUES »

Coût (voir grille tarifaire) : analyse \_\_\_\_\_ €  
 Transporteur (+24€) total \_\_\_\_\_ €  
Chèque  Facturation vétérinaire

DEMANDE DE KITS

**Nature de l'examen**



**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 ...) :  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

COMMEMORATIFS ET DESCRIPTION DES LESIONS