

Dr Catherine LE FOLL
 06 80 10 06 22
 www.ccpaath.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

Nb tubes EDTA _____	Suivi / Antécédent <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui : ref _____
Nb tubes SEC _____	ANALYSE DANS LE CADRE D'UN BILAN DIAGNOSTIQUE CCPATH :
Nombre total de tube(s): _____	<input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui (Remplir fiche « BILANS DIAGNOSTIQUES »)
DEMANDE DE KITS <input type="checkbox"/>	Coût (voir grille tarifaire) : _____ €
	<input type="checkbox"/> Transport EXPRESS (+ 30€) total _____ €
	Chèque <input type="checkbox"/> Facturation vétérinaire <input type="checkbox"/>

DESCRIPTION DES LESIONS	Ponction atlanto-occipitale <input type="checkbox"/> lombaire <input type="checkbox"/>
	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"/>
	Protéïnorachie : _____ g/l (dont Albumine : _____ mg/dl)
	Comptage en cellules de Mallassez : _____ cellules/ μ l
	Symptômes & signes cliniques : _____ _____ _____
	Durée d'évolution : _____
	Modifications hématologiques <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui (fournir les données de l'hémogramme)
	Bilan biochimique : Protéïnémie _____ g/l Albuminémie _____ g/l
	Données de l'imagerie médicale Radiographies <input type="checkbox"/> Myélographie <input type="checkbox"/> scanner <input type="checkbox"/> IRM <input type="checkbox"/>

Lésion unique <input type="checkbox"/> multicentrique <input type="checkbox"/> taille : _____	
Localisation : - Moelle épinière : extradurale <input type="checkbox"/> intradurale extramédullaire <input type="checkbox"/> intramédullaire <input type="checkbox"/> - Cerveau _____	
Suspensions diagnostiques 1 _____ 2 _____	
Traitements reçus : _____ _____ _____	