

No Client: \_\_\_\_\_ Tél: \_\_\_\_\_ ID Animal: \_\_\_\_\_  
Clinique: \_\_\_\_\_ Propriétaire: \_\_\_\_\_  
Vétérinaire: \_\_\_\_\_ Référence: \_\_\_\_\_  
Adresse: \_\_\_\_\_ Espèce: ☐ Canin ☐ Félin ☐ Équin ☐ Furet  
Courriel: \_\_\_\_\_ ☐ Autre (précisez): \_\_\_\_\_ Âge: \_\_\_\_\_  
☐ Suivi de cas - no commande: \_\_\_\_\_ Sexe: ☐ M ☐ F ☐ Stérilisé

- N'hésitez pas à demander la disponibilité des tests qui ne figurent pas sur ce formulaire.
- Notre équipe de service conseils est disponible pour consultation.

### CYTOLOGIE

#### Fluides corporels

- ☐ CFLUA Liquide abdominal  
☐ CFLUA Liquide thoracique  
☐ CFLUA Liquide péricardique  
☐ CFLUA Liquide synovial  
☐ CFLUA Liquide céphalo-rachidien  
☐ CFLUA Comptage cellulaire seulement  
☐ CFLUA Protéines du fluide seulement

#### Lavages

- ☐ CFLUA Lavage nasal  
☐ CFLUA Lavage trachéal  
☐ CFLUA Lavage broncho-alvéolaire  
  
☐ CBONE Moelle Osseuse

#### Masse/Organe

- ☐ CCYTO Aspiration  
☐ CCYTO Impression

Dimension de la masse: \_\_\_\_\_

#### Apparence de la lésion:

- ☐ Surélevée ☐ Plate ☐ Pédiculée ☐ Colorée  
☐ Dure ☐ Lisse ☐ Ulcérée ☐ Circonscrite  
☐ Infiltrante ☐ Adhérée ☐ Non-adhérée  
☐ Alopecique ☐ Douleuruse ☐ Prurit

#### Durée et rythme de croissance:

- ☐ Simple ☐ Multiple ☐ Solide ☐ Kystique

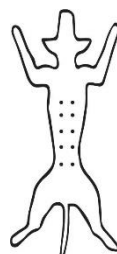
☐ site \_\_\_\_\_

**Veuillez bien identifier les lames, les tubes et les contenants avec le nom du propriétaire et l'origine de l'échantillon.**

#### Localisation de la masse/lésion



Dorsal



Ventral

Date et heure de la mise en formaline: \_\_\_\_\_

#### DESCRIPTION DÉTAILLÉE DE MASSE/ LÉSION

### HISTOPATHOLOGIE

- ☐ CFBX\* Histopathologie - 1 à 4 tissus (Animaux de compagnie ou équin)  
☐ CFBX5\* Tissu supplémentaire  
☐ BVAD04\* Histopathologie à la suite d'une cytologie (indiquer no de dossier ci-dessous) \*\*

#### \* Type de biopsie (OBLIGATOIRE)

- ☐ Excisionnelle (marges présentes pour évaluation)  
☐ Incisionnelle (pas de marge présente pour évaluation)  
☐ Chaîne mammaires (>3 glandes)  
☐ Organe entier  
☐ Endoscopique  
☐ Aiguille  
☐ Membre entier

Nombre de tissus soumis: \_\_\_\_\_

- ☐ CFBXNEO Histopathologie spécialisée en oncologie (indiquer no de dossier si applicable) \*\*  
☐ CFBXTBR Révision histopathologie spécialisée en oncologie (indiquer no de dossier ci-dessous \*\*)

\*\* No de dossier: \_\_\_\_\_

Type d'échantillon soumis: \_\_\_\_\_

### ANAMNÈSE

Traitement et/ou vaccination:

Condition suspectée:

Signature: