

NE RIEN INSCRIRE OU COLLER ICI

ESPACE RÉSERVÉ

NUMÉRO DE COMMANDE BIOVET

No Client: _____ Tél: _____

ID Animal: _____

Clinique: _____

Propriétaire: _____

Vétérinaire: _____

Référence: _____

Adresse: _____

Espèce: Canin Félin Équin Furet

Courriel: _____

Autre (précisez): _____

- 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.

Suivi de cas - no commande: _____

Sexe: M F Stérilisé

Âge: _____

Race: _____

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 Adhérente Non-adhérente
- Alopécique Douloureuse Prurit

Durée et rythme de croissance:

- Simple Multiple Solide Kystique

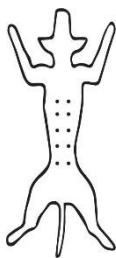
site _____

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: _____