

No Client: _____ Tél: _____ Ref./no d'étude: _____
Institution: _____ Désirez-vous que les résultats soient transmis à une tierce personne? Si oui, à qui?
Vétérinaire: _____ Nom: _____
Adresse: _____ Courriel: _____

- Les tests inscrits en noir sont faits chez Biovet. — Transmission rapide des résultats.
 - Les analyses en bleu sont effectuées à l'externe
- Courriel: _____

☐ BVFR08 **URGENT** (des frais s'appliquent)

☐ Suivi de cas - n° commande _____

PROFILS [min. recommandé 50 µL + volume indiqué] *

<input type="checkbox"/> BV1184 ALT-AST-ALP-TBIL	PV ou S 130 µL
<input type="checkbox"/> BV1001 Biochimique	PV ou S 285 µL
<input type="checkbox"/> BV1192 Hépatique	PV ou S 140 µL
<input type="checkbox"/> BV1045 Hépatique +	L ou V 100 µL & PV ou S 140 µL
<input type="checkbox"/> BV1163 PM 6	PV ou S 155 µL
<input type="checkbox"/> BV1028 PM 6 + *	L ou V 100 µL & PV ou S 155 µL
<input type="checkbox"/> BV1164 PM 12	PV ou S 240 µL
<input type="checkbox"/> BV1028 PM 12 + *	L ou V 100 µL & PV ou S 240 µL
<input type="checkbox"/> BV1237 Pancréatique	PV ou S 315 µL
<input type="checkbox"/> BV1238 Pancréat. + *	L ou V 100 µL & PV ou S 315 µL
<input type="checkbox"/> BV1004 Rénal *	PV ou S 130 µL
<input type="checkbox"/> BV1032 Rénal + *	L ou V 100 µL & PV ou S 130 µL
<input type="checkbox"/> BV1240 Urée-Creat-ALT-AST	PV ou S 135 µL

Description des profils: voir guide pratique.

PROFILS SUR MESURE [min. recom. 50 µL + vol indiqué] *

<input type="checkbox"/> BV1270 PSM CHEM 3 *	PV ou S 75 µL
<input type="checkbox"/> BV1271 PSM CHEM 4 *	PV ou S 100 µL
<input type="checkbox"/> BV1272 PSM CHEM 5 *	PV ou S 125 µL
<input type="checkbox"/> BV1273 PSM CHEM 6 *	PV ou S 150 µL
<input type="checkbox"/> BV1274 PSM CHEM 7 *	PV ou S 175 µL
<input type="checkbox"/> BV1275 PSM CHEM 8 *	PV ou S 190 µL
<input type="checkbox"/> BV1276 PSM CHEM 9 *	PV ou S 215 µL
<input type="checkbox"/> BV1277 PSM CHEM 10 *	PV ou S 230 µL
<input type="checkbox"/> BV1278 PSM CHEM 11 *	PV ou S 245 µL
<input type="checkbox"/> BV1279 PSM CHEM 12 *	PV ou S 260 µL

Cocher le nbr de paramètres choisis dans la liste ci-dessous.

BIOCHIMIE [min. recommandé 50 µL + volume indiqué] *

<input type="checkbox"/> CT010 Albumine	PV ou S 11 µL
<input type="checkbox"/> CT020 ALP	PV ou S 11 µL
<input type="checkbox"/> CT030 ALT	PV ou S 15 µL
<input type="checkbox"/> CT040 Amylase	PV ou S 11 µL
<input type="checkbox"/> CT060 AST	PV ou S 15 µL
<input type="checkbox"/> CT080 Bilirubine (dir./indir.)	PV ou S 23 µL
<input type="checkbox"/> CT090 Bilirubine totale	PV ou S 15 µL
<input type="checkbox"/> CT110 Calcium	PV ou S 12 µL
<input type="checkbox"/> CT120 Chlore	PV ou S 30 µL
<input type="checkbox"/> CT125 Cholestérol	PV ou S 11 µL
<input type="checkbox"/> CT130 Créatine Kinase (CK)	PV ou S 12 µL
<input type="checkbox"/> CT135 Créatinine	PV ou S 20 µL
<input type="checkbox"/> CT145 GGT	PV ou S 14 µL
<input type="checkbox"/> CT150 Glucose	PV ou S 11 µL
<input type="checkbox"/> CT165 Lipase DGGR	PV ou S 11 µL
<input type="checkbox"/> CT170 Magnésium	PV ou S 11 µL
<input type="checkbox"/> CT180 Phosphore	PV ou S 12 µL
<input type="checkbox"/> CT185 Potassium	PV ou S 30 µL
<input type="checkbox"/> CT190 Protéines Totales	PV ou S 15 µL
<input type="checkbox"/> CT225 Sels biliaires	PV ou S 11 µL
<input type="checkbox"/> CT195 Sodium	PV ou S 30 µL
<input type="checkbox"/> CT115 TCO2 (Bicarbonates)	PV ou S 12 µL
<input type="checkbox"/> CT205 Triglycérides	PV ou S 11 µL
<input type="checkbox"/> CT100 Urée	PV ou S 11 µL

* (ex. 11 + 50 = 61 µL)

ENDOCRINOLOGIE [min. recom. 50 µL + vol. indiqué] *

<input type="checkbox"/> CT445 Cortisol de base	PV ou S 17 µL
<input type="checkbox"/> CT495 T4 totale	PV ou S 12 µL

HÉMATOLOGIE [min. recom. 50 µL + vol. indiqué] *

<input type="checkbox"/> BV1201 Profil hémato avec RTIC	L ou V 100 µL
<input type="checkbox"/> BV1051 Profil hémato sans diff ni RTIC	L ou V 100 µL
<input type="checkbox"/> BV1202 Profil hémato sans RTIC	L ou V 100 µL

UROLOGIE [min. recommandé 50 µL + volume indiqué] *

<input type="checkbox"/> CT760 Analyse d'urine	U 1 mL
<input type="checkbox"/> CT775 Ratio Protéines/Créatinine urin.	U 20 µL

* (ex. 11 + 50 = 61 µL)

CYTOLOGIE

Masse/Organe - CCYTO

☐ Aspiration ☐ Impression

Liquides corporels - CFLUA

☐ Liquide abdominal ☐ Liquide thoracique
☐ Liquide synovial ☐ Liquide céphalo-rachidien

Lavages - CFLUA

☐ Lavage trachéal ☐ Lavage broncho-alvéolaire

MICROBIOLOGIE

☐ Écouvillon buccal ☐ Lavage trachéal
☐ Génital ☐ Rectal
☐ Microsurveillance ☐ Autre (précisez): _____

<input type="checkbox"/> EXT Antibiogramme	Isolat
<input type="checkbox"/> CM060 CCMI (Culture aérobie et CMI)	†
<input type="checkbox"/> CM020 Culture aérobie	†
<input type="checkbox"/> CM030 Culture anaérobie	†
<input type="checkbox"/> BV1143 Culture de selles + ATB	F
<input type="checkbox"/> BV1251 Profil stérilité	

PROFILS SÉROLOGIQUES *

<input type="checkbox"/> BV7204 Pour rat – de base	Serasorb †
<input type="checkbox"/> BV7205 Pour rat – Routine	Serasorb †
<input type="checkbox"/> BV7206 Pour rat – Complet	Serasorb †
<input type="checkbox"/> BV7207 Pour rat – Complet Plus	Serasorb †
<input type="checkbox"/> BV7199 Pour souris – de base	Serasorb †
<input type="checkbox"/> BV7200 Pour souris – Routine	Serasorb †
<input type="checkbox"/> BV7201 Pour souris – Complet	Serasorb †
<input type="checkbox"/> BV7202 Pour souris – Complet Plus	Serasorb †

Description des profils et instructions dans le guide pratique.

* Commander les pipettes Serasorb sur Biovet.ca/enligne

AUTRES TESTS

☐
☐

N'hésitez pas à demander la disponibilité des tests qui ne figurent pas sur ce formulaire.

**ATTENTION, POUR LES PRIMATES,
UTILISEZ LA REQUÊTE PRIMATES:
biovet.ca/form-primate**

PARASITOLOGIE

<input type="checkbox"/> CT820 Giardia-Elisa	F
<input type="checkbox"/> CT805 Parasitologie (sulfate zn)	F

ANAMNÈSE /COMMENTAIRES

ÉCHANTILLONS

Date de prélèvement: _____
Nombre d'échantillon(s): _____
Type d'échantillon(s): _____
Prélevé par: _____

Identification de l'animal	Espèce**
1	
2	
3	
4	
5	
6	
7	
8	
9	
10	
11	
12	
13	
14	
15	
16	
17	
18	
19	
20	

SVP écrire en lettre moulées

** Si applicable.

ÉCHANTILLONS REQUIS: F = Fèces; L = Sang entier EDTA; PV = Plasma hépariné; S = sérum; U = urine;
V = Sang hépariné. † Voir le guide pratique pour les types d'échantillons à soumettre. * = NOUVEAU.

MKT-016-FR-V.10.3 /
Rev. 2025-09-17

* Veuillez noter que lorsqu'une dilution est nécessaire en raison d'une quantité insuffisante, des frais de 5 \$ par échantillon s'appliquent.