



# DEMANDE D'EXAMENS

+32 (0)81 39 58 00

info.be@antechdx.com

[www.antechdiagnostics.be](http://www.antechdiagnostics.be)

## PROPRIÉTAIRE EN LETTRES CAPITALES SVP

Nom : \_\_\_\_\_ \*

Prénom : \_\_\_\_\_ \*

Rue : \_\_\_\_\_ N° : \_\_\_\_\_ \*

Localité : \_\_\_\_\_

Code Postal : \_\_\_\_\_ \* Pays : \_\_\_\_\_ \*

Téléphone : \_\_\_\_\_ \*

Email : \_\_\_\_\_

TVA : \_\_\_\_\_

Signature : \_\_\_\_\_

\* TOUS LES CHAMPS SONT OBLIGATOIRES

Le présent formulaire doit être daté et signé par le propriétaire ou par toute autre personne autorisée. L'envoi de ce formulaire implique automatiquement l'acceptation du paiement de la prestation. En cas d'absence des coordonnées du propriétaire empêchant l'établissement de la facture, celle-ci sera adressée au vétérinaire prescripteur. Le propriétaire reconnaît avoir été informé quant à la politique de conservation des données personnelles consultable sur <https://www.mars.com/privacy-policy-french>.

A facturer à  Propriétaire  Vétérinaire

Vétérinaire :

Adresse : CP : Pays :  
Email : Tel :

TVA :

Cachet : (obligatoire)

Date : \_\_ / \_\_ / \_\_\_\_

Signature :

MERCI DE NE PAS OUBLIER D'APPOSER VOTRE CACHET !

## TYPE D'EXAMEN

Histopathologie  Cytologie

## URGENT

Demande urgente :  Oui  Non (entraîne des frais supplémentaires)

## ANIMAL

Espèce : \_\_\_\_\_  
Race : \_\_\_\_\_  
Nom : \_\_\_\_\_  
Age : \_\_\_\_\_  
Sexe :  M  F  FS  MC

## PRÉLÈVEMENTS

Date : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Origine/organe(s) prélevé(s) : \_\_\_\_\_

Nombre de flacons : \_\_\_\_\_

Nombre de prélèvements/lames : \_\_\_\_\_

## CYTROLOGIE/HISTOLOGIE

### LIQUIDES

Etalement de liquide :  Direct  Concentré

### ORIGINES

Effusion :  Thorax  Abdomen  
Comptage GB, GR, prot et BI/O partielle

CYEFF

LCR Cytologie + comptage GB GR + prot

CYLCR

Synovie Cytologie + comptage GB GR

CYSYN

Lavage trachéal Cytologie + comptage GB GR + prot

CYTRACH

Lavage broncho-alvéolaire Cytologie + comptage GB GR + prot

CYBAL

Urines :  Au jet  Sonde  Cystocentèse

CYLUR

Bile

Péricarde Cytologie + comptage GB GR + prot

CYLIQCA

Autres : .....

### PEAU

Calque  Grattage

### CYTROPONCTION DE MASSE

Compléter le cadre masse

Avec aspiration  Sans aspiration

### AUTRE

Nasal  Vaginal  Gastrique  Intestinal  Fistule  Autre : .....

Frottis  Brosse  Écouvillon  Sonde  Autre : .....

### MASSE EN GÉNÉRAL

Pièce chirurgicale entière

Pièce chirurgicale partielle

Biopsie(s) :

\* Localisation(s) (+entourer sur les schémas au verso)

.....

Dermique  Sous-cutanée  Profonde

Adhérente au tissu sous-jacent  Adhérente au derme

\* Taille : .....

\* Vitesse de croissance : .... semaine(s) .... mois .... an(s)

\* Consistance :  Molle  Ferme  Dure  Mixte

\* Réaction ganglionnaire :  Oui  Non

Le(s)quel(s) : .....

\* Tumeurs mammaires (à entourer) :

Ganglion axillaire D D1 - D2 - D3 - D4 - D5 Ganglion inguinal D

Ganglion axillaire G G1 - G2 - G3 - G4 - G5 Ganglion inguinal G

Masse interne  Thoracique

Abdominal

Quadrant : AG - AD - PG - PD

Organe(s) en relation : .....



Vos résultats  
médicaux  
depuis 1977

Dr Caroline Falmagne - 0470/06.66.91  
vete@labobauduin.be - [www.labobauduin.be](http://www.labobauduin.be)

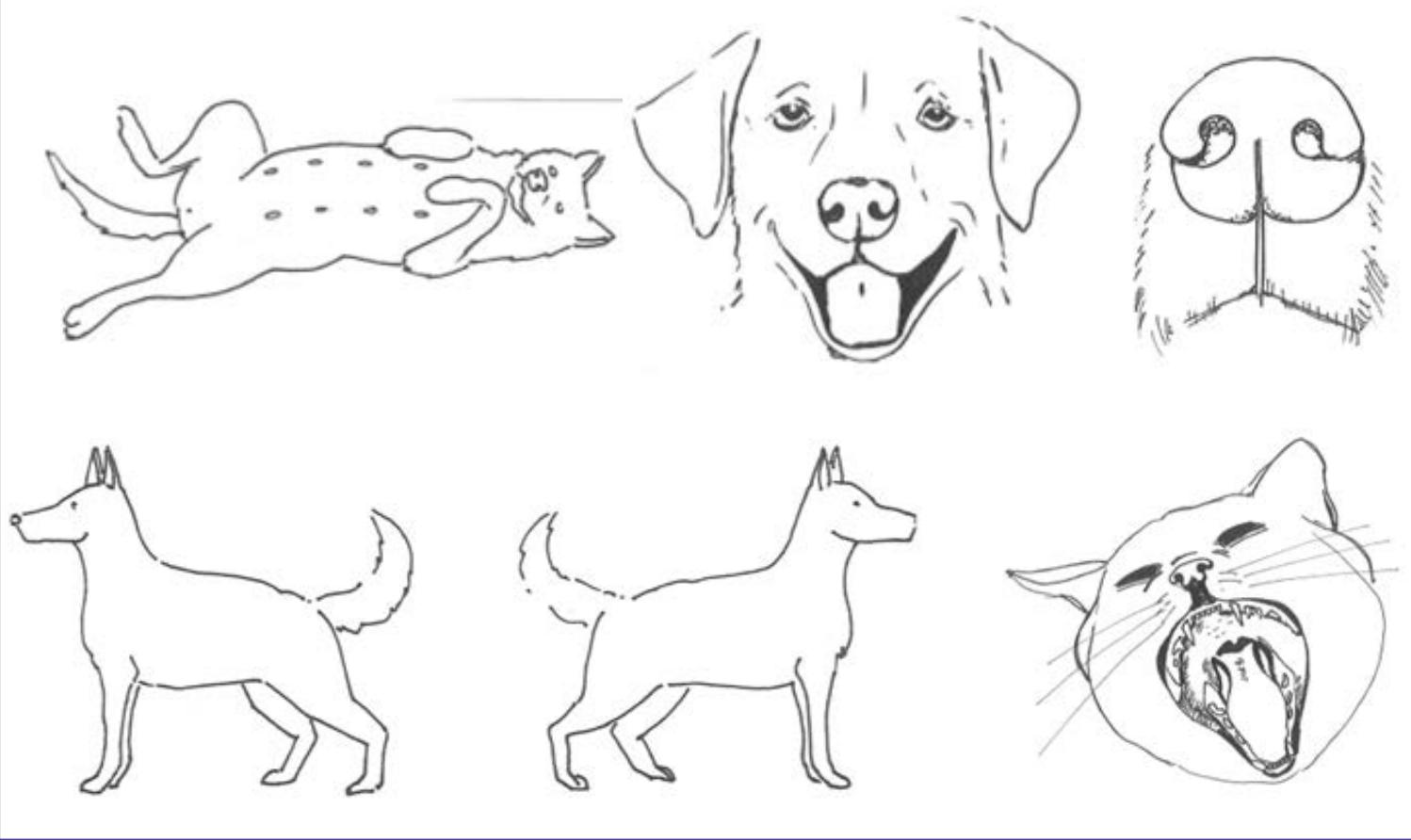
**COMMÉMORATIFS CLINIQUES (INDISPENSABLES)**

Joindre les résultats des examens complémentaires

1. Antécédents : .....  
 2. Anamnèse (historique, évolution, etc.) : .....  
 3. Résultats des examens complémentaires de :  
   a. Biologie médicale : .....  
   b. Imagerie médicale : .....  
 4. Quels sont les traitements : .....

**SITE DE PRÉLÈVEMENT ET DESCRIPTION DE L'ASPECT MACROSCOPIQUE****VOUS POUVEZ UTILISER LES SCHÉMAS CI-DESSOUS POUR LES LÉSIONS EXTERNES ET IDENTIFIER LES MARGES D'EXÉRÈSE CHIRURGICALE****ATTENTION ! INSTRUCTIONS PRÉ-ANALYTIQUES**

- Adapter la taille des prélèvements à la taille des pots de formol
- Envoyer les pièces d'exérèse en entier (ne pas inciser/couper les prélèvements)
- Orienter les pièces d'exérèse avec des fils de suture (aiguilles interdites)
- Séparer les biopsies et pièces d'exérèse dans des pots de formol différents et identifiés

**DERMATOPATHOLOGIE****Merci de compléter aussi la partie « Données cliniques et biologiques ».**

Traitements systémiques ? Topiques ? (Molécules, dose, fréquence, résultats) : .....

Distribution des lésions (en cas de prélèvements multiples, veuillez indiquer sur les schémas le numéro correspondant au prélèvement et compléter le tableau ci-dessous) :

Lésions primaires (à prélever/privilégier)	Lésions primaires/secondaires	Lésions secondaires (à éviter pour les biopsies)
<input type="checkbox"/> Papules/plaque : .....	<input type="checkbox"/> Alopécie : .....	<input type="checkbox"/> Excoriation : .....
<input type="checkbox"/> Pustule : .....	<input type="checkbox"/> Croûtes : .....	<input type="checkbox"/> Cicatrice : .....
<input type="checkbox"/> Vésicule/bulle : .....	<input type="checkbox"/> Hyperpigmentation ou Hypopigmentation	<input type="checkbox"/> Lichénification : .....
<input type="checkbox"/> Urticaire : .....	<input type="checkbox"/> Squames : .....	<input type="checkbox"/> Fissure : .....
<input type="checkbox"/> Macule : .....	<input type="checkbox"/> Comédon : .....	<input type="checkbox"/> Érosion/ulcération : .....
<input type="checkbox"/> Nodule : .....	<input type="checkbox"/> Collerette : .....	..
<input type="checkbox"/> Autres lésions : .....		
<input type="checkbox"/> Parasites ? .....		
<input type="checkbox"/> Prurit ? Oui / Non	<input type="checkbox"/> Saisonnier ? Oui / Non	<input type="checkbox"/> Type d'environnement : .....
<input type="checkbox"/> Configuration : Annulaire - Groupée - Linéaire - Autre : .....		
<input type="checkbox"/> Ongles/coussinets : .....		