



DEMANDE D'EXAMENS

PROPRIÉTAIRE EN LETTRES CAPITALES SVP

Nom :	<div style="border: 1px solid black; height: 25px; width: 100%;"></div>	*
Prénom :	<div style="border: 1px solid black; height: 25px; width: 100%;"></div>	*
Rue :	<div style="border: 1px solid black; height: 25px; width: 100%;"></div>	N° : <div style="border: 1px solid black; height: 25px; width: 100%;"></div>
Localité :	<div style="border: 1px solid black; height: 25px; width: 100%;"></div>	
Code Postal :	<div style="border: 1px solid black; height: 25px; width: 100%;"></div>	* Pays : <div style="border: 1px solid black; height: 25px; width: 100%;"></div>
Téléphone :	<div style="border: 1px solid black; height: 25px; width: 100%;"></div>	
Email :	<div style="border: 1px solid black; height: 25px; width: 100%;"></div>	
TVA :	<div style="border: 1px solid black; height: 25px; width: 100%;"></div>	
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 : _____

TYPE D'EXAMEN	
<input type="checkbox"/> Histopathologie	<input type="checkbox"/> Cytologie
URGENT	
Demande urgente : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <i>(entraîne des frais supplémentaires)</i>	
ANIMAL	
Espèce :	_____
Race :	_____
Nom :	_____
Age :	_____
Sexe :	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> FS <input type="checkbox"/> MC
PRÉLÈVEMENTS	
Date : ____ / ____ / _____	
Origine/organe(s) prélevé(s) :	_____
Nombre de flacons :	_____
Nombre de prélèvements/lames :	_____

[illegible]

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 :

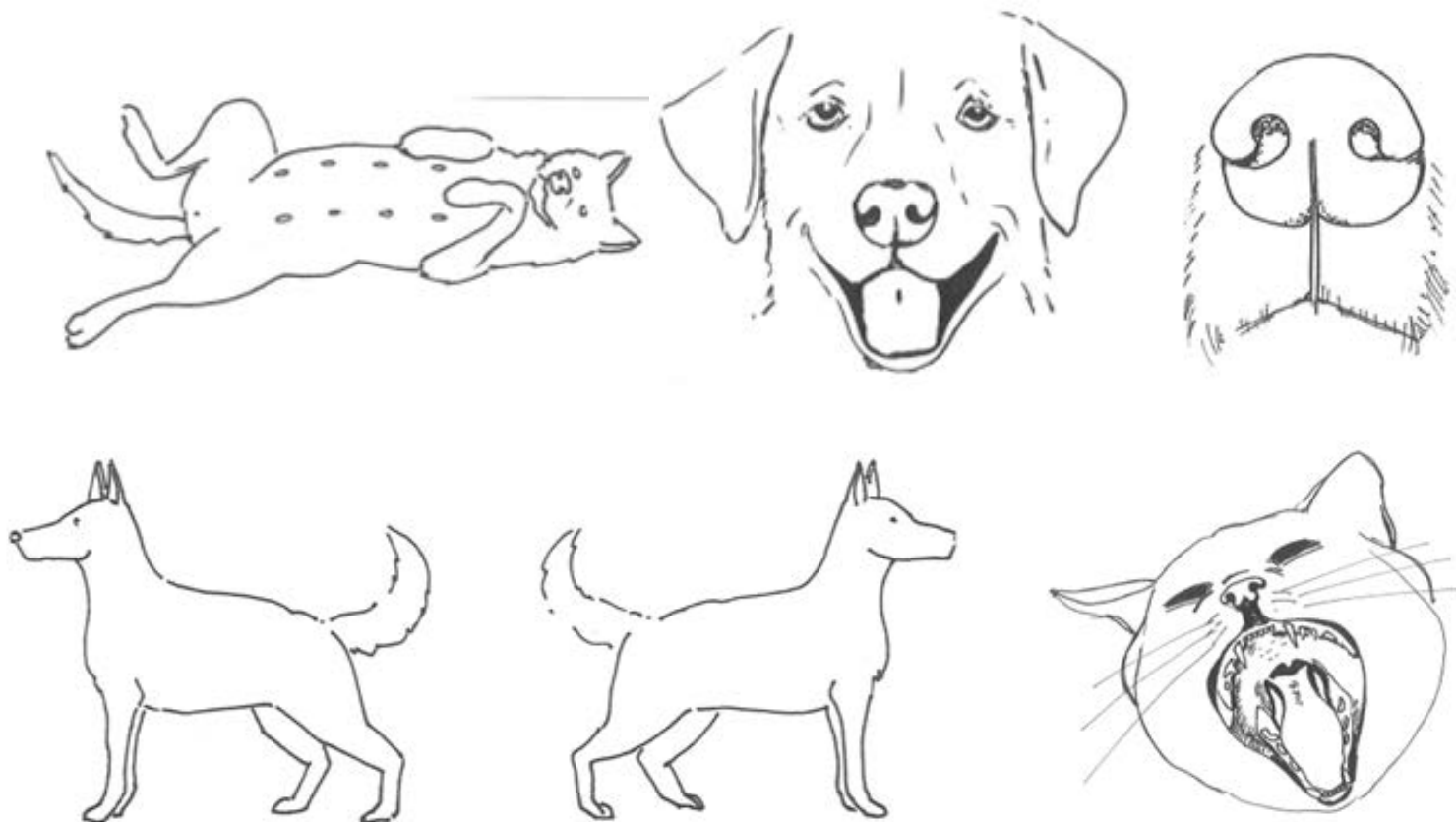
4. Quels sont les traitements :

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/privilegier)	Lésions primaires/secondaires	Lésions secondaires (à éviter pour les biopsies)
<input type="checkbox"/> Papules/plaques :	<input type="checkbox"/> Alopecie :	<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 :		