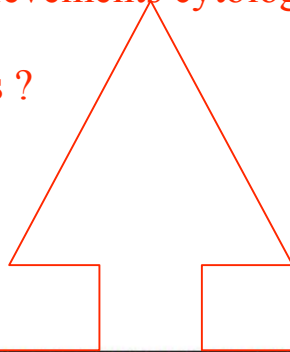


Quelle est la nature de vos prélèvements cytologiques?
 D'où proviennent-ils ?
 Quelle analyse demandez-vous ?



NATURE DES PRELEVEMENTS ET DE L'ANALYSE DEMANDEE				
HEMATOCYTOPATHOLOGIE				
<input type="checkbox"/> MYELOGRAMME	Envoyer : 1. au moins 3 lames 2. Les données de l'hémogramme le plus récent si possible daté du jour même de la ponction médullaire 3. Un frottis sanguin			
<input type="checkbox"/> NUMERATION FORMULE SANGUINE	Envoyer un tube EDTA à 4°C sur glace fondante transmis en 24H et des frottis sanguins réalisés au chevet de l'animal			
<input type="checkbox"/> FROTIS SANGUIN <i>réalisés au chevet de l'animal</i>	Quels éléments figurés recherchez-vous : Babésiose, Hépatozoonose, Dirofilariose, Hémobartonellose			
BILAN D'EXTENSION				
Tumeur primitive	Localisation : Nature :			
Zone cytoponctionnée	<input type="checkbox"/> Nœud lymphatique	<input type="checkbox"/> Foie	<input type="checkbox"/> Rate	
	<input type="checkbox"/> Moelle osseuse	<input type="checkbox"/> Sang	Autre	
NŒUD(S) LYMPHATIQUE(S)				
<input type="checkbox"/> Sous-mandibulaire (s)	<input type="checkbox"/> Inguinal(aux)	<input type="checkbox"/> Axillaire(s)	D	G
<input type="checkbox"/> Pré-scapulaire (s)	<input type="checkbox"/> Poplitée(s)	<input type="checkbox"/> Autre :	D	G
ORGANES INTERNES				
<input type="checkbox"/> RATE*	<input type="checkbox"/> FOIE*	<input type="checkbox"/> REIN	<input type="checkbox"/> PROSTATE	AUTRE
* Fournir la NFS et le myélogramme pour interprétation (matériel hématique par nature)				
MASSE				
CUTANEE <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> SOUS-CUTANEE	<input type="checkbox"/> THORACIQUE	<input type="checkbox"/> ABDOMINALE	AUTRE
LIQUIDE D'EPANCHEMENT**				
PERICARDE <input type="checkbox"/>	THORAX <input type="checkbox"/>	ABDOMEN <input type="checkbox"/>	Ancienneté : Ponctions répétées ?	
** Les cellules se conservent mal dans les liquides, il est préférable de transmettre deux étalements, un direct et un du culot de centrifugation, réalisés au chevet du patient				
ARBRE RESPIRATOIRE				
<input type="checkbox"/> LBA **	<input type="checkbox"/> LTB **	<input type="checkbox"/> BROSSAGE ENDOSCOPIQUE	<input type="checkbox"/> CAVITE(S) NASALE(S)	D G
APPAREIL OSTEO-ARTICULAIRE <i>Envoyer des étalements directs</i>				
<input type="checkbox"/> LIQUIDE SYNOVIAL	ÉPAULE <input type="checkbox"/>	CARPE <input type="checkbox"/>	COUDE <input type="checkbox"/>	D G
	HANCHE <input type="checkbox"/>	GRASSET <input type="checkbox"/>	TARSE <input type="checkbox"/>	D G
<input type="checkbox"/> OS				
URINE**	MICTION <input type="checkbox"/>	SONDAGE <input type="checkbox"/>	CYSTOCENTESE <input type="checkbox"/>	
ŒIL	CONJONCTIVE <input type="checkbox"/>	SCLERE <input type="checkbox"/>	HUMEUR <input type="checkbox"/>	D G
AUTRE				