



Formulaire pour Biopsies Cutanées

VOTRE ENVOI

Date d'envoi :

VOTRE RÈGLEMENT

Nombre de pots :

Nombre de tubes :

Nombre de lames :

Total analyse(s) :

Prix du chronopost :

Montant total à régler :

Chèque joint impérativement à l'ordre du LAPVSO

Envoyer facture acquittée

A facturer à la clinique vétérinaire

Le montant total à régler = prix de(s) analyse(s) demandée(s) +
prix du chronopost fourni avec nos kits

•Merci d'agrafer le chèque •Une analyse sans règlement ne sera pas traitée

Vétérinaire :	(S'il y a lieu) Vétérinaire référent :	Propriétaire :
Email :	Email :	Email :
Animal : Nom :	Espèce :	Race :
Mâle <input type="checkbox"/> Castré <input type="checkbox"/>	Femelle <input type="checkbox"/> Stérilisée <input type="checkbox"/>	Age :
Couleur/robe :		N° d'identification :

VOS PRÉLÈVEMENTS

SUIVI Réf antérieure

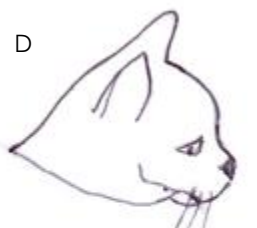

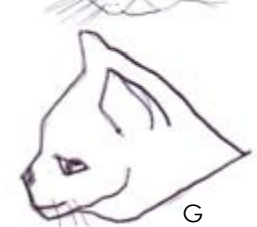
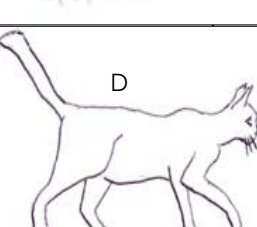
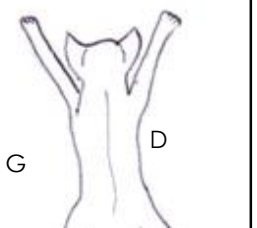

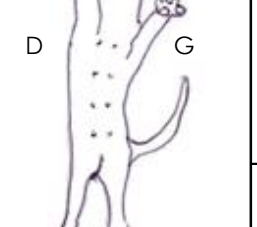
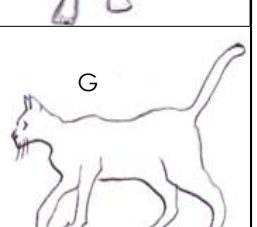
TOTAL de prélèvements

dont

..... BIOPSIEFROTTIS
..... PIÈCE OPÉRATOIRE

CPAF¹ Localisation
 Calque NL de drainage

¹CytoPonction à l'Aiguille Fine

Description clinique de la dermatose : Localisation et aspect macroscopique des lésions : <i>Numéroté et localiser les biopsies sur les silhouettes</i> <ul style="list-style-type: none"> • B1 • B2 • B3 • B4 Evolution : Traitements antérieurs et résultats : Corticoïdes : NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> Date d'arrêt : Hypothèses diagnostiques : ① ② ③	   	   	Alopecie Cal / Fissure Cicatrice/Sclérose Collerette Comédons Croûtes Erythème Excoriation Kyste Lichénification Macule / Tache Manchons pilaires Nodule/tumeur Papule Hypopigmentation Hyperpigmentation Plaque Pustule Squames Ulcère/ Érosion Vésicule/Bulle
	Résultats des examens complémentaires Bactériologie : Cytologie : Endocrinologie : Mycologie : Raclages : Scotch test :		

Prurit 0 + ++ +++
Douleur 0 + ++ +++