



Collez ici
l'étiquette
du sachet
de transport



Feuille de demande d'examens **BIOPSIES CUTANÉES**

v1DERMACT-2025

Propriétaire ⁽¹⁾

Animal

Vétérinaire ⁽¹⁾

*Nom :

Si le propriétaire règle, le chèque doit être joint. Si le chèque n'est pas joint, merci de renseigner **impérativement** :

*E-mail :

*Adresse postale :

Tél. Propriétaire :

*Nom :

*Espèce :

*Race :

*Date de naissance :

Sexe : Mâle Femelle Stérilisé(e)

*Identification :

***Date de la demande d'examens**

*Nom :

*Cachet de la clinique :

*Code Correspondant :

E-mail :

URGENT

Règlement / Facturation ⁽³⁾

• Coût des Analyses :

• Coût du Transport :

• Frais de Dossier (à rajouter si le propriétaire règle au laboratoire)⁽²⁾ : 8 € TTC

• Total :

Prélèvements

SUIVI Référence antérieure :

Biopsies cutanées [AHIBP] **82 € TTC**

• Total de prélèvements : dont {
 Biopsie Frottis { Raclage Trichogramme
 Pièce opératoire { Calque cutané

Si un frottis est envoyé, merci d'ajouter un formulaire Cytologie.

*obligatoire.
 (1) « Les données personnelles vous concernant sont recueillies par Antech Laboratories dans le cadre de notre activité de biologie médicale vétérinaire. Pour en savoir plus sur la gestion de vos données personnelles, et pour exercer vos droits, vous pouvez vous reporter à la politique située sur notre site web, à l'adresse suivante : <https://www.cerbavet.com/home/donnees-personnelles.html> ».
 (2) Si le propriétaire règle directement les analyses au laboratoire, que ce soit par chèque, virement, ou carte bancaire, les frais de dossier doivent être rajoutés au coût des analyses ; c'est valable pour toutes les demandes d'examen.
 (3) Par l'introduction de cette demande, le Vétérinaire certifie avoir obtenu l'autorisation du patient de faire procéder aux examens demandés.

<p>Description clinique de la dermatose :</p> <p>Localisation et aspect macroscopique des lésions :</p> <ul style="list-style-type: none"> • B1 • B2 • B3 • B4 <p>Evolution :</p> <p>Traitements antérieurs et résultats :</p> <p>Corticoïdes : Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Date d'arrêt :</p> <p>Hypothèses diagnostiques :</p> <p>①</p> <p>②</p> <p>③</p>			<p>Alopécie Cal / Fissure Cicatrice / Sclérose Collerette Comédons Croûtes Erythème Excoriation Kyste Lichénification Macule / Tache Manchons pileaires Nodule / Tumeur Papule Hypopigmentation Hyperpigmentation Plaque Pustule Squames Ulcère / Érosion Vésicule / Bulle</p>
<p>Prurit O + + + + +</p> <p>Douleur O + + + + +</p>			<p>Résultats des examens complémentaires</p> <p>Bactériologie : Cytologie : Endocrinologie : Mycologie : Raclages : Scotch test :</p>