

PROPRIÉTAIRE (S.V.P. VÉRIFIER LES DÉTAILS)		CACHET DU CABINET		INFORMATION		BARCODE	
Nom				<input type="checkbox"/> Traitement express (CHF 10.- excl. TVA)		<div style="border: 1px dashed gray; padding: 5px; text-align: center;">s.v.p. collez ici</div>	
Rue				FACTURATION			
NP Lieu				<input type="checkbox"/> Propriétaire <input type="checkbox"/> Vétérinaire			
E-mail							
ANIMAL		MATÉRIEL		HISTOLOGIE		ARRIVÉ AU LABORATOIRE	
<input type="checkbox"/> Chien <input type="checkbox"/> Cheval <input type="checkbox"/> Chat <input type="checkbox"/> autre espèce:		CYTOLOGIE <input type="checkbox"/> Frottis: <input type="checkbox"/> AFF (aspiration à l'aiguille fine) <input type="checkbox"/> Grattage cutané <input type="checkbox"/> Calque par impression / d'écouvillon / de brosse de cytologie cytobrush <input type="checkbox"/> Ponction (liquide): <input type="checkbox"/> Bilan Ponction I (Cyto, PT, PS) <input type="checkbox"/> Bilan Ponction II (Cyto, PT, PS, Bact.) <input type="checkbox"/> LBA <input type="checkbox"/> Sécrétions trachéo-bronchiques <input type="checkbox"/> Liquide céphalo-rachidien (LCR) <input type="checkbox"/> Autres:		<input type="checkbox"/> Tumeur/nodule <input type="checkbox"/> Exérèse <input type="checkbox"/> Incision <input type="checkbox"/> Biopsie <input type="checkbox"/> Endoscopique <input type="checkbox"/> Pleine épaisseur <input type="checkbox"/> Organes, lesquels:			
Nom							
Race							
Age							
Sexe <input type="checkbox"/> ♀ <input type="checkbox"/> ♂ <input type="checkbox"/> stérilisé(e) le (date):							
No. de chip							
ANAMNESE / CLINIQUE (SYMPTOMES, EVOLUTION) <i>Anamnèse de dermatologie, veuillez remplir au verso s.v.p.</i>							
noeud(s) lymphatique(s) locorégional(aux): <input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> agrandis						DATE DE PRÉLÈVEMENT	
Analyses histopathologiques précédentes / Diagnostic:				Date, No.:			
Traitements antérieurs / Diagnostic de suspicion:				Durée et réponse:		EV. RÉSULTATS	
CYTOLOGIE / HISTOLOGIE <i>Prélèvement dermatologique voir au verso</i>				Merci de marquer la localisation de l'altération et du prélèvement sur les images!			
Nombre de biopsies transmises:		Matériel envoyé:		<input type="checkbox"/> Exérèse totale <input type="checkbox"/> Soumission complète <input type="checkbox"/> Exérèse partielle <input type="checkbox"/> Soumission partielle		<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> dorsal ventral </div>	
NATURE DU PRÉLÈVEMENT							
Taille en cm:		Forme:		Couleur:			
Consistance: <input type="checkbox"/> dure <input type="checkbox"/> molle		Surface: <input type="checkbox"/> lisse <input type="checkbox"/> irrégulière <input type="checkbox"/> ulcérée		<input type="checkbox"/> déplaçable <input type="checkbox"/> pas déplaçable <input type="checkbox"/> bien délimité <input type="checkbox"/> infiltrant		<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> Profil </div>	
Tumeurs cutanées: <input type="checkbox"/> intracutané		<input type="checkbox"/> sous-cutané					
AUTRES REMARQUES (pas d'ordres matériels s.v.p.)							

CH-165-0122



DERMATOLOGIE ANAMNÈSE (veuillez indiquer la distribution des lésions et la localisation de(s) la biopsie(s) sur le schéma au recto)**1. EFFLORESCENCES PRIMAIRES**

Tâches Papules Nodules Érythème
 Pustules Plaques Vésicules

CONTACT AVEC D'AUTRES ANIMAUX

oui, lesquels? non

2. EFFLORESCENCES SECONDAIRES**HYPERPIGMENTATION**

oui non

CICATRICE

oui non

ULCÉRATIONS

oui non

PELLICULES

local diffus absence

CROÛTES

local diffus absence

AUTRES**DERMATOPATHIES CHEZ CES ANIMAUX**

oui, de quel type? non

ALIMENTATION

humide croquettes restes de la cuisine

autres:

3. ALOPÉCIE

localisée diffuse symétrique absence

TRAITEMENT MÉDICAMENTEUX (par exemple stéroïdes, AB, antiparasitaire, vaccin(s))**4. ÉTAT DU PELAGE**

gras sec cassant normal

Date du dernier traitement:

5. PRURIT

oui, intensité: non

LES SYMPTÔMES CUTANÉS SE DÉGRADENT-ILS ?

le matin le soir à l'intérieur à l'extérieur
 au printemps en été à l'automne en hiver

ECTOPARASITES

si oui, lesquels? non

traitement:

EMPLOI DE L'ANIMAL**CHANGEMENT D'ENVIRONNEMENT AU COURS DE L'ANNÉE/ SÉJOUR À L'ÉTRANGER**

si oui, quand? non

À quelle date?

Où?

AUTRES RÉSULTATS SIGNIFICATIFS / AUTRES RÉSULTATS DE LABORATOIRE

(le cas échéant, notre numéro de laboratoire)

NOTES COMPLÉMENTAIRES / ANAMNÈSE GÉNÉRALE**NOTES INTERNES DU LABORATOIRE****NOTES DU LABORATOIRE**

Par la présente, je déclare accepter les conditions générales relatives aux tests en laboratoire d>IDEXX Diavet SA (version actuelle sous HYPERLINK „http://www.idexx.ch“ www.idexx.ch) et donne le mandat à IDEXX Diavet SA d'effectuer les tests choisis selon la liste de prix actuelle.

Signature vétérinaire

IDEXX**IDEXX Diavet**