



DEMANDE D'EXAMENS

+32 (0)81 39 58 00

info.be@antechdx.com

www.antechdiagnostics.be

PROPRIÉTAIRE EN LETTRES CAPITALES SVP

Nom : *

Prénom : *

Rue : N°: *

Localité : *

Code Postal : * Pays : *

Téléphone : *

Email : *

TVA : *

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 : CP : Pays :

Adresse : Email : Tel :

TVA : Cachet : (obligatoire) Date : __ / __ / ____

Signature :

TYPE D'EXAMEN

☐ Histopathologie ☐ Cytologie

URGENT

Demande urgente : ☐ Oui ☐ Non (entraîne des frais supplémentaires)

ANIMAL

Espèce :

Race :

Nom :

Age :

Sexe : ☐ M ☐ F ☐ FS ☐ MC

PRÉLÈVEMENTS

Date : ____ / ____ / ____

Origine/organe(s) prélevé(s) :

Nombre de flacons :

Nombre de prélèvements/lames :

CYTOLOGIE/HISTOLOGIE

LIQUIDES

Étalement de liquide : ☐ Direct ☐ Concentré

ORIGINES

☐ Effusion : ☐ Thorax ☐ Abdomen CYEFF
Comptage GB, GR, prot et BIO partielle

☐ LCR Cytologie + comptage GB GR + prot CYLCR

☐ Synovie Cytologie + comptage GB GR CYSYN

☐ Lavage trachéal Cytologie + comptage GB GR + prot CYTRACH

☐ Lavage broncho-alvéolaire Cytologie + comptage GB GR + prot CYBAL

☐ Urines : ☐ Au jet ☐ Sonde ☐ Cystocentèse CYLUR

☐ Bile CYLIQCA

☐ Péricarde Cytologie + comptage GB GR + prot CYLIQCA

☐ Autres :

PEAU

☐ Calque ☐ Grattage

CYTOPONCTION DE MASSE

Compléter le cadre masse
☐ Avec aspiration ☐ Sans aspiration

AUTRE

☐ Nasal ☐ Vaginal ☐ Gastrique ☐ Intestinal ☐ Fistule ☐ Autre :
☐ Frottis ☐ Brosse ☐ Écouvillon ☐ Sonde ☐ Autre :

MASSE EN GÉNÉRAL

☐ Pièce chirurgicale entière
☐ Pièce chirurgicale partielle
☐ Biopsie(s) :

- Localisation(s) (+entourer sur les schémas au verso)
.....
- Dermique ☐ Sous-cutanée ☐ Profonde
- Adhérente au tissu sous-jacent ☐ Adhérente au derme
- Taille :
- Vitesse de croissance : semaine(s) mois an(s)
- Consistance : ☐ Molle ☐ Ferme ☐ Dure ☐ Mixte
- Réaction ganglionnaire : ☐ Oui ☐ Non
- Le(s)quel(s) :
- Tumeurs mammaires (à entourer) :
Ganglion axillaire D D1 - D2 - D3 - D4 - D5 Ganglion inguinal D
Ganglion axillaire G G1 - G2 - G3 - G4 - G5 Ganglion inguinal G
- ☐ Masse interne ☐ Thoracique
☐ Adbominal

Quadrant : AG - AD - PG - PD
Organe(s) en relation :

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 :

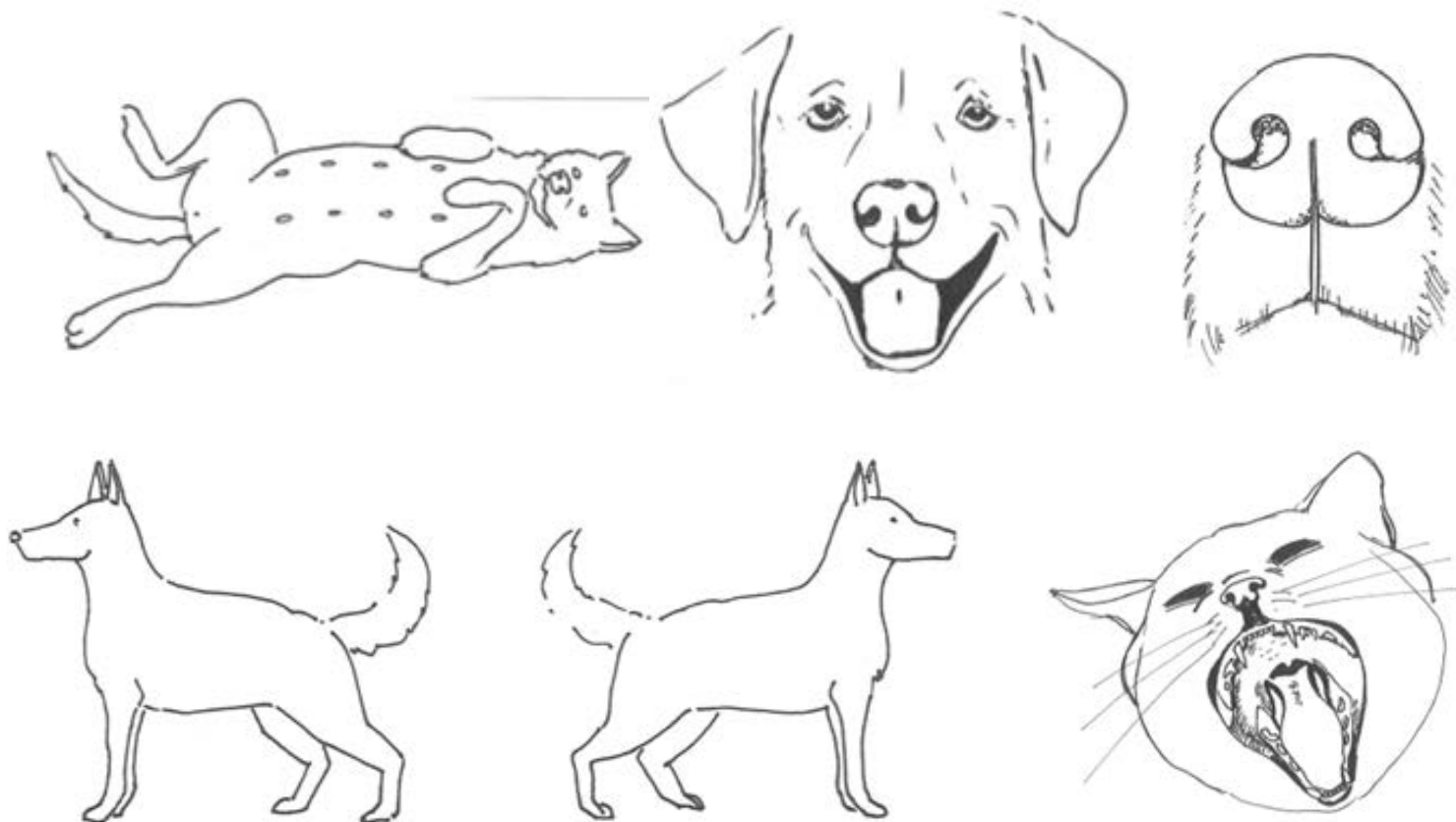
4. Quels sont les traitements :

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/privilégier)	Lésions primaires/secondaires	Lésions secondaires (à éviter pour les biopsies)
☐ Papules/plaques :	☐ Alopecie :	☐ Excoriation :
☐ Pustule :	☐ Croûtes :	☐ Cicatrice :
☐ Vésicule/bulle :	☐ Hyperpigmentation ou Hypopigmentation	☐ Lichénification :
☐ Urticaire :	☐ Squames :	☐ Fissure :
☐ Macule :	☐ Comédon :	☐ Érosion/ulcération :
☐ Nodule :	☐ Collerette :	..
☐ Autres lésions :		
☐ Parasites ?		
☐ Prurit ? Oui / Non	☐ Saisonnier ? Oui / Non	☐ Type d'environnement :
☐ Configuration : Annulaire - Groupée - Linéaire - Autre :		
☐ Ongles/coussinets :		