



## PROPRIETAIRE

Nom : .....

Adresse : .....

.....

.....

## VETERINAIRE TRAITANT

Cachet lisible obligatoire

## N° ANALYSE

Cadre réservé LAPV

REGLEMENT JOINT

(Chèque à l'ordre de LAPV Amboise)

VIREMENT / Courriel pour envoi RIB :

..... @ .....

ENVOI FACTURE ACQUITTEE

FACTURATION MENSUELLE

## ANIMAL

Espèce :

Nom :

Race :

Age :

Couleur robe :

Sexe :

## COMMEMORATIFS CLINIQUES

N° des analyses antérieures :

## DESCRIPTION DU (DES) PRELEVEMENT(S)

Nature :

Localisation :

Aspect macroscopique :

- Taille :

- Rapport avec les tissus sains :

Date d'apparition :

Evolution :

Signes cliniques associés :

Traitement en cours :

Diagnostic(s) envisagé(s) :

## TYPE(S) DE PRELEVEMENT(S)

Cytologie Nombre : .....

Biopsies Nombre : .....

Nécropsie

Pièce d'exérèse :

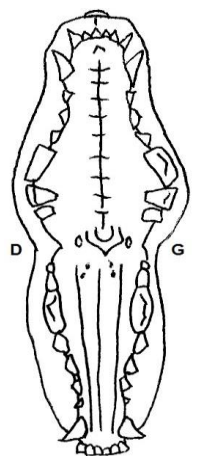
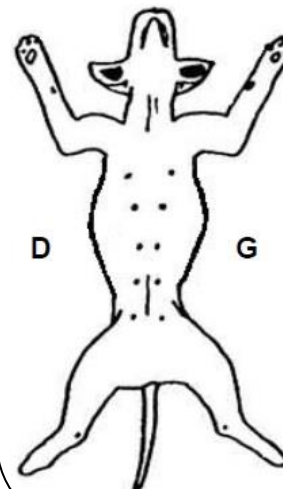
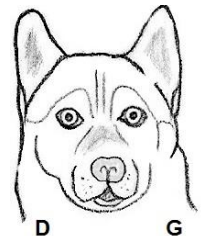
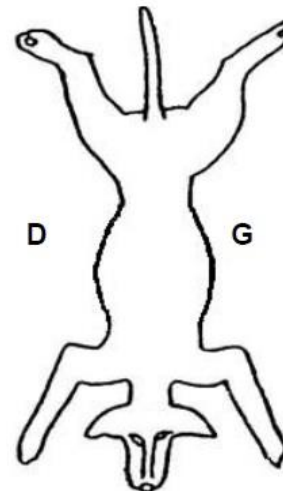
Complète Nombre : .....

Partielle Nombre : .....

## SITE(S) DE PRELEVEMENT

### ETENDUE DES LESIONS

Face dorsale



Face ventrale

DEMANDE DE KIT POUR HISTOLOGIE  POUR CYTOLOGIE

Retrouvez tous nos services sur notre site : <http://www.lapvamboise.fr>