



DEMANDE D'EXAMEN

Biopsies cutanées :

Télécharger la demande d'examen sur notre site internet

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 :

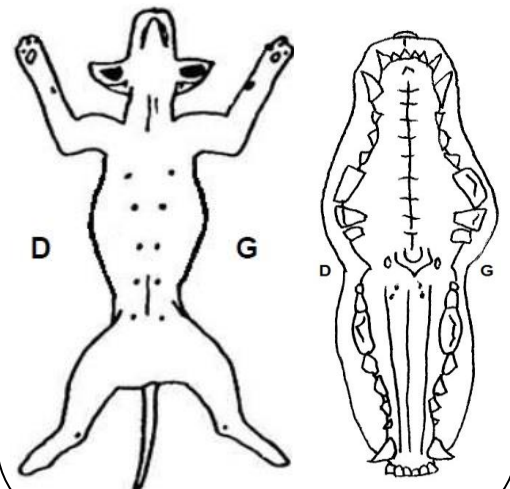
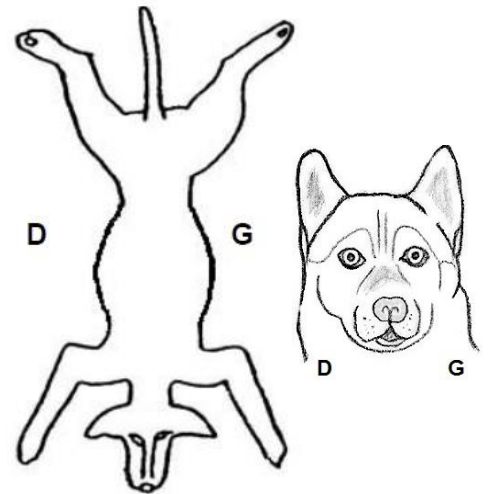
Complète Nombre :

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 : www.lapvamboise.fr