



DEMANDE D'EXAMEN Biopsies Cutanées

PROPRIETAIRE

Nom :
Adresse :
.....
.....

VETERINAIRE TRAITANT

Cachet lisible obligatoire

N° ANALYSE

Cadre réservé LAPV

AUCUN RESULTAT NE SERA RENDU EN L'ABSENCE DE REGLEMENT (hors facturation à la clinique)

- REGLEMENT JOINT (Chèque à l'ordre de LAPV Amboise) FACTURATION MENSUELLE
- VIREMENT IBAN : FR24 3000 2086 3700 0007 0790 E78
BIC : CRLYFRPP
- ENVOI FACTURE ACQUITTEE

ANIMAL

Espèce : Nom :
Race : Age :
Couleur robe : Sexe :

PRURIT

- 0 ++
 + +++

N° des analyses antérieures :

DESCRIPTION DU (DES) LESION(S) CUTANEE(S)

Commémoratifs / Symptômes :

Nombre :

Localisation :

Aspect macroscopique :

Date d'apparition :

Evolution :

Traitements antérieurs et résultats :

Corticoïdes : NON OUI Date d'arrêt :

Diagnostic(s) envisagé(s) :

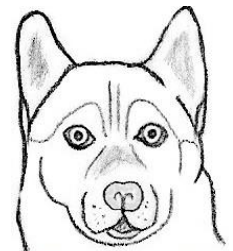
TYPE(S) DE LESION(S)

- Alopecie
- Cal / Fissure
- Cicatrice
- Colerette épidermique
- Comédon
- Croûte
- Erythème
- Excoriation
- Kyste
- Lichénification
- Macule (<1 cm) / Tache
- Manchons pilaires
- Nodule / Tumeur
- Oedème
- Papule
- Hypopigmentation
- Hyperpigmentation
- Plaque
- Pustule
- Squame
- Ulcère / Érosion
- Vésicule (<1 cm) / Bulle

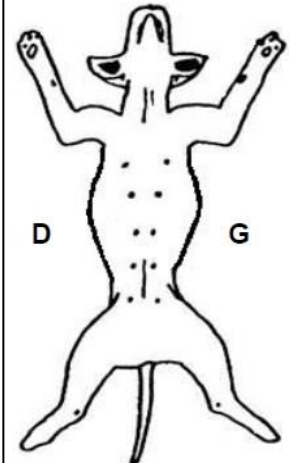
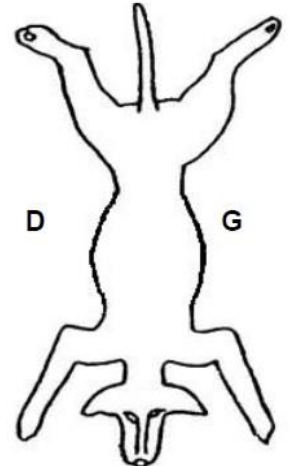
RESULTATS DES EXAMENS COMPLEMENTAIRES (Endocrinologie, Mycologie,...)

SITE(S) DES BIOPSIES

ETENDUE DES LESIONS



Face dorsale



Face ventrale

DEMANDE DE KIT POUR HISTOLOGIE POUR CYTOLOGIE

Retrouvez tous nos services sur notre site : www.lapvamboise.fr