



PROPRIETAIRE

Nom :

Adresse :

.....

.....

VETERINAIRE TRAITANT

Cachet lisible obligatoire

N° ANALYSE

Cadre réservé LAPV

- REGLEMENT JOINT (Chèque à l'ordre de LAPV Amboise)
 ENVOI FACTURE ACQUITTEE
- VIREMENT / Courriel pour envoi RIB : @
 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 :

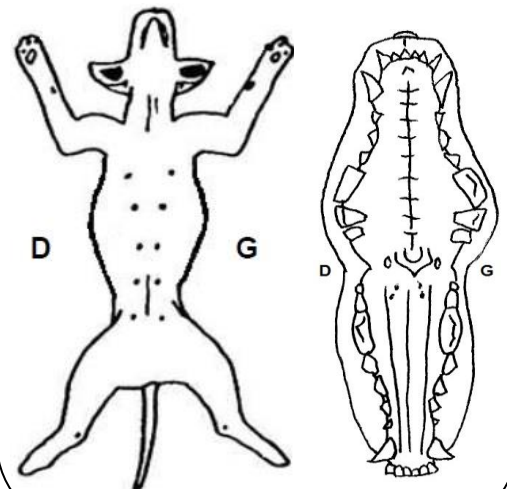
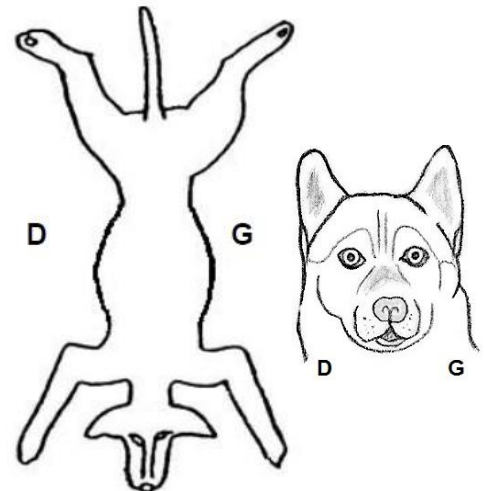
Diagnostic(s) envisagé(s) :

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>