

## Examen cytologique canin et félin – 2023

| Vétérinaire | Patient                                                                                                                                                                                                                                                                           | Propriétaire                   | Règlement                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
|-------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| E-mail :    | Nom :<br><input type="checkbox"/> Chien <input type="checkbox"/> Chat<br><input type="checkbox"/> Autre :<br>Race :      DDN :    /    /<br><input type="checkbox"/> Mâle <input type="checkbox"/> Castré<br><input type="checkbox"/> Femelle <input type="checkbox"/> Stérilisée | Nom :<br>Adresse :<br>E-mail : | <input type="checkbox"/> Joint<br>Chèque à l'ordre de VETODIAG - agraffer svp<br><input type="checkbox"/> Facturer vétérinaire<br>Si GIE : _____<br><input type="checkbox"/> Facturer propriétaire (exceptionnel)<br><b>Transport VETODIAG : + 11,00</b><br>Commande de matériel pour l'envoi de vos prélèvements : <a href="http://www.vetodiag.fr">www.vetodiag.fr</a> |

**IMPORTANT : Envoi de lame(s) :** Veuillez identifier les lames au crayon à papier (nom, site), séchées à l'air, sans fixation, non colorées, non recouvertes de lamelles, sans vapeur de formol environnante. Protéger soigneusement les lames avant l'envoi. **Envoi de liquide(s) :** Il est recommandé de transmettre un tube EDTA et idéalement un étalement du culot de centrifugation (non fixé, non coloré).

### Informations cliniques

Commémoratifs (n'hésitez pas à joindre les résultats des examens complémentaires) : ☐ Nombre de lame(s) : \_\_\_\_ ☐ Nombre de tube(s) : \_\_\_\_

Hypothèses diagnostiques et traitements reçus :

### Lésion solide cutanée

|                                                                               |                                                                                                            |
|-------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1. Localisation : _____                                                       | 4. Forme : <input type="checkbox"/> Masse/Nodule <input type="checkbox"/> Diffus                           |
| 2. Taille : _____                                                             | 5. Consistance : <input type="checkbox"/> Mou <input type="checkbox"/> Ferme <input type="checkbox"/> Dure |
| 3. Croissance : <input type="checkbox"/> Lent <input type="checkbox"/> Rapide | 6. Mobilité : <input type="checkbox"/> Mobilisable <input type="checkbox"/> Adhérée                        |

### Noeud(s) lymphatique(s)

|                                                                                                                        |                                                                                          |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1. Localisation : _____                                                                                                | 3. Croissance : <input type="checkbox"/> Lent <input type="checkbox"/> Rapide            |
| 2. Adénomégalie : <input type="checkbox"/> Isolé <input type="checkbox"/> Régional <input type="checkbox"/> Généralisé | 4. Bilan d'extension : <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui : _____ |

### Liquide

|                                                                                                                     |                                                                                                                    |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1. Épanchement : <input type="checkbox"/> Ascite <input type="checkbox"/> Thorax <input type="checkbox"/> Péricarde | 4. Urine : <input type="checkbox"/> Miction <input type="checkbox"/> Sondage <input type="checkbox"/> Cystocentèse |
| 2. Respiratoire : <input type="checkbox"/> LBA <input type="checkbox"/> Lavage trachéal                             | 5. Liquide cérébro-spinal : <input type="checkbox"/> Lombaire <input type="checkbox"/> Occipital                   |
| 3. Synovie : <input type="checkbox"/> Articulation(s) : _____                                                       | 6. Autre : <input type="checkbox"/> Précisez : _____                                                               |

### Organe interne et autre site

☐ Rate ☐ Foie ☐ Rein ☐ Prostate ☐ Autre : \_\_\_\_\_

### Hémato-cytopathologie

☐ Examen de frottis sanguin (joindre NF + tube EDTA svp) ☐ Myélogramme (joindre NF + FS svp)

→ **INFECTIOLOGIE** en complément de l'examen cytologique (détails/tarifs sur les demandes d'examen d'infectiologie)

Analyse(s) souhaitée(s) (bactériologie, mycologie, virologie, etc.) : \_\_\_\_\_

→ **BIOLOGIE** en complément de l'examen cytologique (détails/tarifs sur les demandes d'examen de biologie)

☐ CPSE Hyperplasie bénigne de la prostate (sérum) ☐ Carcinome vésical mutation BRAF (urine) ☐ ECBU ☐ RPCU ☐ Analyse de calcul urinaire  
☐ Facteurs rhumatoïdes (sérum) ☐ Anticorps anti-nucléaires (sérum) ☐ Autre : \_\_\_\_\_

## Tarifs de cytologie (tarifs € TTC Vetoalliance)

|                                                            |                                                                            |
|------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------|
| Cytologie 1 site : <b>38,25</b>                            | Myélogramme (+ frottis sanguin) : <b>44,20</b>                             |
| Cytologie 2 sites et plus : <b>55,25</b>                   | Examen de frottis sanguin : <b>23,80</b>                                   |
| Cytologie des liquides (cytospin, TNCC, TP) : <b>44,20</b> | Examen de frottis sanguin + NF (incluant les réticulocytes) : <b>32,30</b> |