

## Examen cytologique canin et félin – 2025

Vétérinaire	Patient	Propriétaire	Règlement
E-mail :	Nom : <input type="checkbox"/> Chien <input type="checkbox"/> Chat <input type="checkbox"/> Autre : _____ Race : _____ Age : _____ <input type="checkbox"/> Mâle <input type="checkbox"/> Femelle <input type="checkbox"/> Stérilisé(e) <input type="checkbox"/> Non stérilisé(e)	Nom : _____ Adresse : _____ E-mail : _____	<input type="checkbox"/> Joint <i>Chèque à l'ordre de VETODIAG - agrafier svp</i> <input type="checkbox"/> Prépaiement par CB sur vetodiag.fr <input type="checkbox"/> Facturer vétérinaire Si GIE : _____ <input type="checkbox"/> Facturer propriétaire <span style="color: red;">← E-mail et adresse complète impératifs si facturation propriétaire</span> Commande de matériel : <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).

### Prélèvement transmis

Date et heure : \_\_\_\_\_     Nombre de lame(s) : \_\_\_\_\_     Nombre de tube(s) : \_\_\_\_\_

### Informations cliniques

Commémoratifs (n'hésitez pas à joindre les résultats des examens complémentaires) :

Hypothèses diagnostiques et traitements reçus :

### Lésion solide cutanée

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

### Nœud(s) lymphatique(s)

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

### Liquide

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