

Examen cytologique canin et félin – 2025

Vétérinaire	Patient	Propriétaire	Règlement
E-mail :	Nom : ☐ Chien ☐ Chat ☐ Autre : Race : Age : ☐ Mâle ☐ Femelle ☐ Stérilisé(e) ☐ Non stérilisé(e)	Nom : Adresse : E-mail :	☐ Joint <i>Chèque à l'ordre de VETODIAG - agrafier svp</i> ☐ Prépaiement par CB sur vetodiag.fr ☐ Facturer vétérinaire <i>Si GIE :</i> _____ ☐ Facturer propriétaire ← E-mail et adresse complète impératifs si facturation propriétaire <i>Envoi Chronopost ou France Express : + 14,00</i> <i>Enveloppes postales préaffranchies : + 4,00</i> <i>Commande de matériel : www.vetodiag.fr</i>

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> :	☐ Masse/Nodule	☐ Diffus
2. <u>Taille</u> : _____	5. <u>Consistance</u> :	☐ Mou ☐ Ferme ☐ Dure	
3. <u>Croissance</u> : ☐ Lent ☐ Rapide	6. <u>Mobilité</u> :	☐ Mobilisable	☐ Adhérée

Nœud(s) lymphatique(s)

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

Liquide

1. <u>Épanchement</u> : ☐ Ascite ☐ Thorax ☐ Péricarde	4. <u>Urine</u> : ☐ Miction ☐ Sondage ☐ Cystocentèse
2. <u>Respiratoire</u> : ☐ LBA ☐ Lavage trachéal	5. <u>Liquide cérébro-spinal</u> : ☐ Lombaire ☐ Occipital
3. <u>Synovie</u> : ☐ Articulation(s) : _____	6. <u>Autre</u> : ☐ 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 (serum) ☐ Carcinome vésical mutation BRAF (urine) ☐ ECBU ☐ RPCU ☐ Analyse de calcul urinaire
☐ Facteurs rhumatoïdes (serum) ☐ Anticorps anti-nucléaires (serum) ☐ Autre : _____

Tarifs de cytologie (tarifs € TTC VetaPharma)

Cytologie 1 site : 36,00	Myélogramme (+ frottis sanguin) : 42,00
Cytologie 2 sites et plus : 51,75	Examen de frottis sanguin : 22,50
Cytologie des liquides (cytospin, TNCC, TP) : 42,00	Examen de frottis sanguin + NF (incluant les réticulocytes) : 30,00