

## Infectiologie équine (2/2) : analyses individuelles – 2025 (tarifs € TTC VetaPharma)

| Vétérinaire<br>Cachet et signature                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | Patient                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | Propriétaire                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | Détenteur (si différent du propriétaire)                     |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | <b>Facturation : e-mail et adresse complète obligatoires</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | <b>Facturation : e-mail et adresse complète obligatoires</b> |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | Nom :                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | Nom :                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | Nom :                                                        |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | Age :      Sexe :                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | Adresse :                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | Adresse :                                                    |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | Race :                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                              |
| E-mail :                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | Stationnement de l'équidé<br>(code postal ou département) :                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | E-mail :                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | E-mail :                                                     |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | N° tel :                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | N° tel :                                                     |
| <b>Modalités de règlement</b> <div> <input type="checkbox"/> Joint (chèque à l'ordre de VETODIAG)<br/> <input type="checkbox"/> Facturer propriétaire </div> <div> <input type="checkbox"/> Prépaiement par CB (vetodiag.fr)<br/> <input type="checkbox"/> Facturer détenteur </div> <div> <input type="checkbox"/> Facturer vétérinaire (Si GIE : _____)<br/> <b>Facturation propriétaire ou détenteur : e-mail et adresse complète obligatoires</b> </div>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                              |
| <b>Prélèvement transmis</b><br><input type="checkbox"/> Sang total <input type="checkbox"/> Plasma (entourer sup : EDTA / hépariné / citaté) <input type="checkbox"/> Sérum <input type="checkbox"/> LT <input type="checkbox"/> LBA <input type="checkbox"/> Selles <input type="checkbox"/> Autre : _____<br>Date de prélèvement : _____ Date d'envoi (si différente) : _____ <input type="checkbox"/> réfrigéré <input type="checkbox"/> congelé avant envoi                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                              |
| <b>Informations cliniques</b><br>Commémoratifs (n'hésitez pas à joindre les résultats des examens complémentaires réalisés) : _____<br>Hypothèses diagnostiques et traitements reçus : _____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                              |
| <b>Informations complémentaires pour les prélèvements respiratoires</b><br>1. Clinique : <input type="checkbox"/> Toux <input type="checkbox"/> Détresse resp. <input type="checkbox"/> Intolérance à l'effort <input type="checkbox"/> Hyperthermie <input type="checkbox"/> Épistaxis/sang trachéal <input type="checkbox"/> Jetage <input type="checkbox"/> Mucus trachéal ( __ /5)<br>2. Lavage(s) : Technique : LBA _____ LT _____   Volume instillée : LBA _____ LT _____   Prélèvement au repos <input type="checkbox"/> après effort <input type="checkbox"/> ( __ h)                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                              |
| <b>Bactériologie et Mycologie</b><br><i>Liquide, biopsie, selles, etc. : tube ou flacon sec</i><br><i>Écouvillon : charbonné/gélosé/ESwab</i>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | <b>PCR</b><br>Bilans infectieux → <b>Demande d'examen 1/2</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | <b>Sérologie</b><br><i>Tube sec</i>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                              |
| <b>Informations destinées au RESAPATH</b><br><div> <b>• Pathologie :</b><br/> <input type="checkbox"/> Cutanée   <input type="checkbox"/> Auriculaire   <input type="checkbox"/> Oculaire   <input type="checkbox"/> Respiratoire<br/> <input type="checkbox"/> Urinaire   <input type="checkbox"/> Digestive   <input type="checkbox"/> Repro.   <input type="checkbox"/> Autre : _____ </div> <div> <b>• Suspicion particulière :</b><br/> <input type="checkbox"/> Gourme   <input type="checkbox"/> Rhodococcus   <input type="checkbox"/> Salmonella   <input type="checkbox"/> Dermatophilus<br/> <input type="checkbox"/> Anaérobie   <input type="checkbox"/> Autre : _____ </div> <i>Identification bactérienne et fongique au MALDI-TOF et antibiogrammes réalisés selon la norme AFNOR NF U47-107</i> | <input type="checkbox"/> Anaplasmose (Ehrlich.) (Sang total, NL, rate)<br><input type="checkbox"/> Anémie infectieuse équine (Sang total, organes)<br><input type="checkbox"/> Artérite virale équine (ENP, organes fœtaux, placenta)<br><input type="checkbox"/> Aspergillus sp. (LT/LBA, lavage PG, biopsie)<br><input type="checkbox"/> Borréliose (Sang total, liquide synovial)<br><input type="checkbox"/> Coronavirus entérique équin (Selles)<br><input type="checkbox"/> Herpesvirus I (ENP, sang total, LT/LBA, LCR, organes)<br><input type="checkbox"/> Herpesvirus II (ENP, LT/LBA, écouvillon oculaire)<br><input type="checkbox"/> Herpesvirus IV (ENP, sang total, LT/LBA, LCR, organes)<br><input type="checkbox"/> Herpesvirus V (ENP, LT/LBA, poumon)<br><input type="checkbox"/> Influenza = grippe équine (ENP, LT/LBA)<br><input type="checkbox"/> Lawsonia intracellularis (Selles, iléon)<br><input type="checkbox"/> Leptospirose (Sang total, urine, organes, humeur aqueuse)<br><input type="checkbox"/> Mycoplasma sp. (LT/LBA, ENP, poumon)<br><input type="checkbox"/> Piroplasmose (2 valences) (Sang total, rate)<br><i>Babesia caballi et Theileria equi</i><br><input type="checkbox"/> Parvovirus (Sérum ou foie)<br><input type="checkbox"/> Rotavirus A (Selles)<br><input type="checkbox"/> Rhodococcus equi – plasmide VapA (LT, pus, selles)<br><input type="checkbox"/> Rhinovirus A (ENP, LT/LBA)<br><input type="checkbox"/> Rhinovirus B (ENP, LT/LBA)<br><input type="checkbox"/> Salmonella (Selles, rectum)<br><input type="checkbox"/> Strept. equi equi (Gourme) (Lavage PG, ENP, pus)<br><input type="checkbox"/> Forfait « piro-like » (5 PCR) (Sang total) <b>105,75</b> | <input type="checkbox"/> Anaplasmose (Ehrlich.) ELISA (1) <b>30,75</b><br><input type="checkbox"/> Anémie Infect. Equine* Coggin's <b>45,00</b><br><b>SIRE (impératif) :</b> _____<br>*Analyse sous-traitée dans un laboratoire agréé<br><input type="checkbox"/> Artérite virale* séroneutralisation <b>45,00</b><br><b>SIRE (impératif) :</b> _____<br>*Analyse sous-traitée dans un laboratoire agréé<br><input type="checkbox"/> Borréliose ELISA (2) <b>30,75</b><br><i>Si ELISA positive : confirmation immunoblot + 29,25</i><br><i>Immunoblot en 1<sup>ère</sup> intention : 38,25</i><br><input type="checkbox"/> Cyathostomes (petits strongles) ELISA <b>41,25</b><br><input type="checkbox"/> Fasciola hepatica (Douve) HAI <b>30,75</b><br><input type="checkbox"/> Gourme (double Ag) ELISA <b>33,75</b><br><input type="checkbox"/> Herpesvirus I et IV IFI <b>45,00</b><br><input type="checkbox"/> Influenza ELISA <b>45,00</b><br><input type="checkbox"/> Lawsonia intracellularis ELISA <b>45,00</b><br><input type="checkbox"/> Leptospirose ELISA (3) <b>30,75</b><br><input type="checkbox"/> Leptospirose MAT (22 serovars) <b>58,00</b><br><input type="checkbox"/> Piroplasmoses cELISA (4) <b>48,75</b><br><i>Babesia caballi et Theileria equi</i><br><input type="checkbox"/> Ténias ELISA <b>33,75</b><br><i>Si &gt; 10 échantillons : 30 € / analyse</i><br><input checked="" type="checkbox"/> West Nile Virus* ELISA<br>*Analyse sous-traitée dans un laboratoire agréé<br><input type="checkbox"/> Suspicion clinique (IgM + IgG) <b>78,00</b><br><input type="checkbox"/> Sérologie avant vaccination (IgG) <b>58,00</b><br><input type="checkbox"/> Forfait* « piro-like » (1) à (4) <b>116,25</b> |                                                              |
| <b>Coprologie</b><br><input type="checkbox"/> Coproscopie (1) <b>18,75</b><br><input type="checkbox"/> + Méthode de Baermann + 15,75<br><i>Recherche de nématodes pulmonaires</i><br><input type="checkbox"/> + Recherche de sablose + 4,50<br><input type="checkbox"/> Coproscopie + sérologie ténias (sérum) <b>41,25</b><br><input type="checkbox"/> Bactériologie des selles (2) <b>53,25</b><br><input type="checkbox"/> Cryptosporidium Ag <b>18,00</b><br><input type="checkbox"/> Toxines de Cl. perfringens et difficile <b>45,00</b><br><input type="checkbox"/> Forfait (1) + (2) <b>56,25</b>                                                                                                                                                                                                        | <div> <b>Conditionnement pour la PCR :</b><br/> Sang total et autres liquides : <b>tube EDTA</b><br/> Écouvillon (ou cytobrosse) : <b>sec ou avec saline stérile</b><br/> Selles, organes, biopsies : <b>flacon/tube sec</b> </div> <b>36,00 / PCR</b><br>Si plusieurs PCR sur le même prélèvement :<br>2 PCR : <b>58,50</b> 3 PCR et plus : <b>15,75 / valence supplémentaire</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                              |