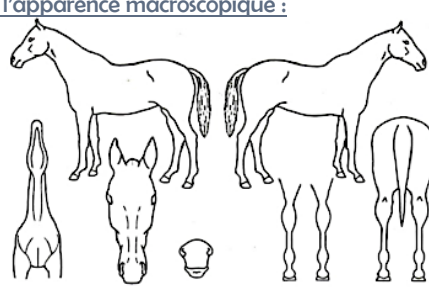


Examen cytologique et histopathologique équin – 2025

| Vétérinaire Cachet et signature | Patient | Propriétaire <small>Facturation : e-mail et adresse complète obligatoires</small> | Détenteur (si différent du propriétaire) <small>Facturation : e-mail et adresse complète obligatoires</small> |
|--|---|---|--|
| E-mail : | Nom : Age : Sexe : Race : Stationnement de l'équidé (code postal ou département) : | Nom : Adresse : E-mail : N° tel : | Nom : Adresse : E-mail : N° tel : |
| Modalités de règlement <input type="checkbox"/> Joint (chèque à l'ordre de VETODIAG) <input type="checkbox"/> Prépaiement par CB (vetodiag.fr) <input type="checkbox"/> Facturer vétérinaire (Si GIE : _____) <input type="checkbox"/> Facturer propriétaire <input type="checkbox"/> Facturer détenteur ▲ Facturation propriétaire ou détenteur : e-mail et adresse complète obligatoires | | | <small>Envoi Chronopost / France Express : + 15,00 €</small> <small>Enveloppes postales préaffranchies : + 4,00 €</small> |
| Informations cliniques | | | |
| Commémoratifs (n'hésitez pas à joindre les résultats des examens complémentaires) : | | | |
| Hypothèses diagnostiques et traitements reçus : | | | |
| Prélèvement transmis | | | |
| Date et heure : _____ Nombre de lame(s) : _____ Nombre de tube(s) : _____ Nombre de prélèvements / flacon(s) de formol : ____/____ | | | |
| CYTOLOGIE | | | |
| Prélèvement respiratoire | | | |
| 1. <u>Clinique</u> : <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) | | | |
| 2. <u>Lavage(s)</u> Technique : LBA _____ LT _____ Volume instillée : LBA ____ LT ____ Prélèvement au repos <input type="checkbox"/> après effort <input type="checkbox"/> (__ h) | | | |
| Liquide et épanchement | | | |
| <u>Synovie</u> : <input type="checkbox"/> Articulation(s) : _____ | | <u>Épanchement</u> : <input type="checkbox"/> Pleural <input type="checkbox"/> Péritonéal <input type="checkbox"/> <u>Lavage utérin</u> | |
| <u>Urine</u> : <input type="checkbox"/> Miction <input type="checkbox"/> Cathétérisation | | <u>LCR</u> : <input type="checkbox"/> Lombaire <input type="checkbox"/> Occipital | |
| Hémato-cytopathologie et autre site | | | |
| <input type="checkbox"/> Examen de frottis sanguin (joindre NF svp) <input type="checkbox"/> Myélogramme (joindre NF + FS svp) <input type="checkbox"/> autre site : _____ | | | |
| HISTOPATHOLOGIE | | | |
| <u>Nature du prélèvement</u> : | | | |
| <input type="checkbox"/> Pièce d'exérèse complète <input type="checkbox"/> Pièce d'exérèse partielle <input type="checkbox"/> Biopsie(s) <input type="checkbox"/> Prélèvement(s) d'autopsie - pas d'animal entier svp | | | |
| <u>Localisation (organe), orientation (gauche/droite, antérieur/postérieur, etc.) et description de l'apparence macroscopique :</u> | | | |
|  | | | |
| → INFECTIOLOGIE en complément de l'examen cytologique (détails/tarifs sur les demandes d'examen d'infectiologie) | | | |
| Analyse(s) souhaitée(s) (bactériologie, mycologie, virologie, etc.) : _____ | | | |

Tarifs de cytologie et d'histopathologie 2025 (TTC)

Cytologie des liquides : **56 €**
 Cytologie 1 site : **48 €**
 Cytologie 2 sites et plus : **69 €**
 Myélogramme (+ frottis sanguin) : **56 €**
 Examen de frottis sanguin : **30 €**

Histopathologie du même organe ou site : **65 €**
 Histopathologie de plusieurs organes ou sites : **80 €**
 Biopsie musculaire ou biopsie de moelle osseuse : **80 €**
 Autopsie - pas d'animal entier svp : **85 €**