

## VETERINAIRE PRESCRIPTEUR

Cachet du vétérinaire

A facturer  au propriétaire  au vétérinaire  
 URGENT  OUI

Résultats à communiquer par :  envoi protocole papier  
 tél : ...../.....  
 Email : .....@.....

Copie au propriétaire :  OUI  NON

Copie au Dr : .....

Localité : ..... Email : .....@.....

## PROPRIETAIRE

Nom : ..... Prénom : .....

Adresse : .....

CP : ..... Localité : ..... Tél/GSM : ...../.....

SIGNATURE obligatoire pour accord analyse :

## ANIMAL

chien  chat  cheval  ..... Votre réf .....  
 Nom : ..... Race : .....

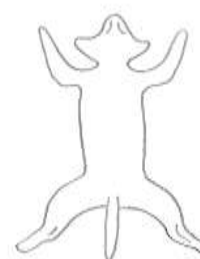
Age : ..... ans ..... mois Sexe : M / F Castré : oui / non

## PRELEVEMENT

Type :  pièce chirurgicale entière  pièce chirurgicale partielle  -- biopsie(s)

Date du prélèvement : ..... Nombre de prélèvements : .....

## LOCALISATION



Dos  
Gauche



Ventre  
Droit



Tumeurs mammaires (à entourer)

Ganglion axillaire D	D1 - D2 - D3 - D4 - D5	Ganglion inguinal D
Ganglion axillaire G	G1 - G2 - G3 - G4 - G5	Ganglion inguinal G

Aspect macroscopique (nombre, taille, forme, consistance) : .....

Durée d'évolution : .....

Réaction ganglionnaire : .....

Signes cliniques associés : .....

Antécédents : .....

Résultats des examens complémentaires et des traitements antérieurs : .....

Hypothèses diagnostiques : .....

# DERMATOPATHOLOGIE

## HISTORIQUE DES LESIONS

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Photos envoyées par Email ([sandra.jollylabo@gmail.com](mailto:sandra.jollylabo@gmail.com)) : oui / non

## TRAITEMENTS SYSTEMIQUES

(molécules, dose, fréquence, résultats, date arrêt corticothérapie, ABiothérapie)

.....

.....

.....

.....

.....

## TRAITEMENTS TOPIQUES

(molécules, dose, fréquence, résultats)

.....

.....

.....

## RESULTATS CYTOLOGIE & GRATTAGES CUTANES

Bactéries : oui / non

Malassezia : oui / non

Parasites : oui / non

Cellules : .....

## HYPOTHESES DIAGNOSTIQUES

.....

.....

.....

.....

.....

## LOCALISATION DES LESIONS

.....

.....

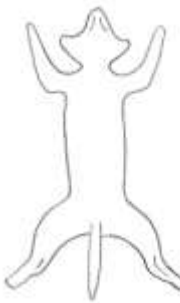
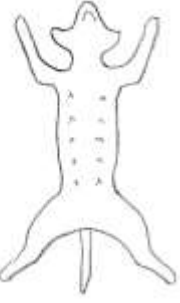


.....

.....

.....

## BIOPSIES

(localisation sur dessin via le n° / type de lésion observée). Les biopsies peuvent être déposées dans des tubes différents, identifiées par fil de suture, piquées sur fin carton....et formolées.

 <p>Dos</p>	 <p>Ventre</p>	Biopsie 1
		Biopsie 2
 <p>Gauche</p>	 <p>Droit</p>	Biopsie 3
		Biopsie 4
		Biopsie 5
		Autres

Lésions primaires (à privilégier)	Lésions primaires /secondaires	Lésions secondaires (à éviter pour les biopsies)
Papule/ plaque Pustule Vésicules / bulle Urticaire Macule Nodule	Alopécie Croûtes Altération pigmentaire Squames Comédon	Colerette Excoriation Cicatrice Lichénification Fissure Érosion / ulcération