

RENSEIGNEMENTS PRÉLÈVEMENTS

Date du prélèvement: _____ Nombre de prélèvement(s): _____

Type de prélèvement: ☐ Masse(s) entière(s) ☐ Portion de masse(s) ☐ Liquide(s) (préciser): _____ ☐ Autre(s) (préciser): _____

INFORMATIONS ANIMAL / PROPRIÉTAIRE

Nom du propriétaire: _____

Adresse: _____

Téléphone: _____

Nom de l'animal: _____

Espèce: _____ Race: _____

Âge: _____ Sexe: ☐ F ☐ F/S ☐ M ☐ M/C

INFORMATIONS FACTURATION

Vétérinaire référant: _____

Clinique Vétérinaire: _____

Adresse: _____

Tél.: _____ Téléc.: _____

Courriel: _____

RENSEIGNEMENTS CLINIQUES / TRAITEMENTS

ANAMNÈSE OBLIGATOIRE POUR UNE INTERPRÉTATION

BIOPSIE(S) ET CYTOLOGIE(S)

Analyses demandées: ☐ Histopathologie (examen microscopique des tissus) ☐ Cytologie (pathologie clinique)

Description des lésions (localiser la zone directement sur le schéma): _____

Taille, forme, consistance: _____

Mode de croissance: ☐ Infiltrant ☐ Expansif ☐ Nœud régional hypertrophié

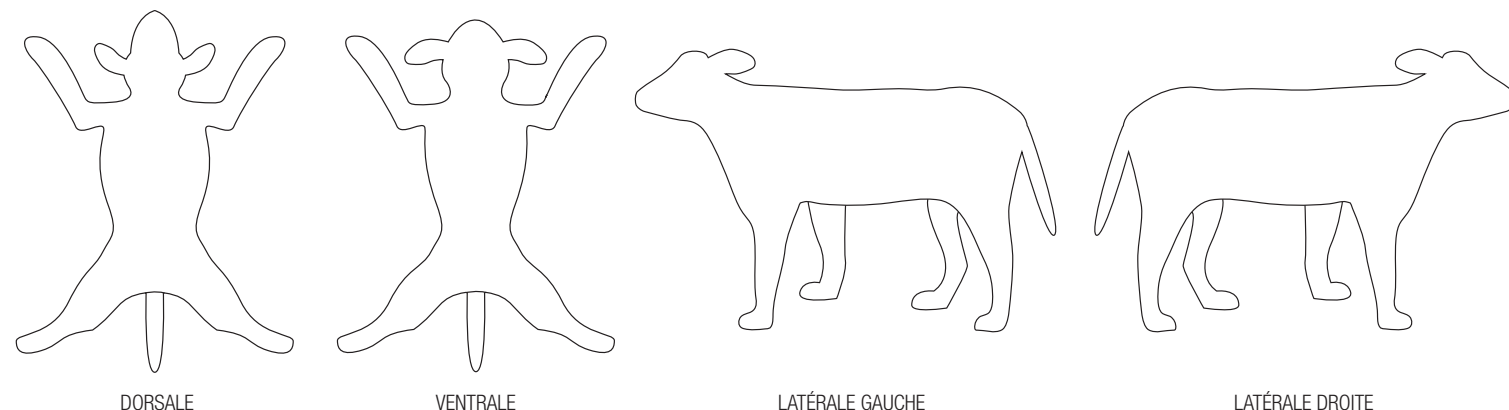
Adhérence aux tissus voisins: ☐ Oui ☐ Non

Prurit: ☐ Oui ☐ Non ☐ N/A Intensité: _____

Durée du problème: _____

Informations additionnelles (Incluant les traitements antérieurs, l'historique de récurrence, les examens complémentaires ou les résultats de tests précédents): _____

DIAGNOSTIC CLINIQUE: _____



Lorsque j'envoie des échantillons au Service de diagnostic (SD) de la Faculté de médecine vétérinaire (FMV), je consens par le fait même à les céder à cette institution. Je consens, par la présente, à ce que les renseignements fournis dans cette demande ainsi que les résultats qui en découlent puissent être utilisés par le SD aux fins notamment de recherche, de développement, de statistique et d'enseignement. Les renseignements personnels recueillis dans ce formulaire seront traités conformément à la Loi sur l'accès aux documents des organismes publics et sur la protection des renseignements personnels (chapitre A-2.1).

Instructions/demandes particulières:

Signature du demandeur: