


| | | | | | | | |
|-----------------------------|-------------------------------|------------------------------|----------------------------|------------------------------|------------------------------|----------------------------|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> CQ | <input type="checkbox"/> CQ | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> FD | <input type="checkbox"/> FDCP | <input type="checkbox"/> FDG | <input type="checkbox"/> P | <input type="checkbox"/> FDF | <input type="checkbox"/> POT | | |
| <input type="checkbox"/> LN | <input type="checkbox"/> N | <input type="checkbox"/> MCT | <input type="checkbox"/> S | <input type="checkbox"/> RE | <input type="checkbox"/> B | <input type="checkbox"/> A | <input type="checkbox"/> Cassette |

Bon de commande

2024 HISTOLOGIE

09-0011325-03

Les champs d'informations ci-dessous (onglets rouges) sont absolument nécessaires pour un bon déroulement de votre analyse.

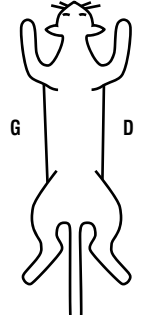
| PRESCRIPTEUR | INFORMATIONS ANIMAL | |
|---|--|--|
| <p>VÉTÉRINAIRE</p> <p>Vétérinaire prescripteur _____</p> <p>CACHET DE LA CLINIQUE avec adresse complète OBLIGATOIRE</p> <p>OBLIGATOIRE</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;">  Placez ici votre code barre IDEXX </div> | <p>PROPRIÉTAIRE <i>*obligatoire si facturation au propriétaire</i></p> <p>Nom _____</p> <p>Adresse* _____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> | <p>ANIMAL</p> <p><input type="checkbox"/> CHIEN <input type="checkbox"/> CHAT <input type="checkbox"/> CHEVAL</p> <p><input type="checkbox"/> AUTRE _____</p> <p>Nom _____</p> <p>Race _____</p> <p><input type="checkbox"/> Femelle <input type="checkbox"/> Mâle <input type="checkbox"/> Castré(e)</p> <p>Âge _____</p> |

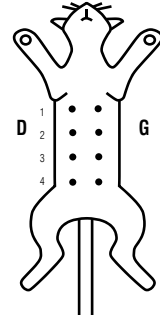
| MODE D'ENVOI | FACTURATION |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Coursier <input type="checkbox"/> Coursier groupé (uniquement si envoi déjà facturé pour un autre dossier le même jour et dans la même enveloppe) | <p>Pour les cliniques mensualisées : ne pas joindre de règlement à votre envoi. Pour les cliniques non-mensualisées, merci de joindre un chèque à l'ordre du Laboratoire IDEXX sans lequel des frais de gestion seront appliqués.</p> |

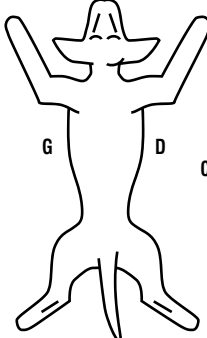
HISTOLOGIE - Attention de bien remplir cette partie PUIS la partie Localisation ci-dessous

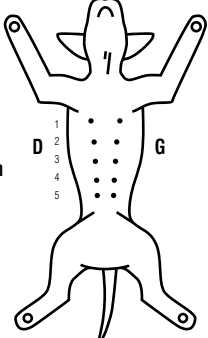
| | |
|--|---|
| <p>Type de prélèvement</p> <p><input type="checkbox"/> GEW Biopsie (cassettes disponibles sur demande)</p> <p><input type="checkbox"/> GEW Fragment de la lésion</p> <p><input type="checkbox"/> GEW Totalité de la lésion (marges incluses)</p> | <p>Date du prélèvement <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p> |
| <p>Nombre de pots <input type="text"/> <input type="text"/> Nombre de prélèvements <input type="text"/> <input type="text"/> Nombre de sites <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p><input type="checkbox"/> HISTU Histologie, 1-2 sites <input type="checkbox"/> HISTLIV Histologie - Foie <input type="checkbox"/> HISTOC Histologie - Oeil</p> <p><input type="checkbox"/> HISTU3 Histologie, 3-8 sites <input type="checkbox"/> HISTUL Histologie - Prélèvement osseux ou volumineux <input type="checkbox"/> HISTOL Histologie - Oeil (pour globes entiers >25mm de diamètre)</p> <p><input type="checkbox"/> HISTU9 Histologie, >8 sites <input type="checkbox"/> HISTS Histologie - Peau (applicable aux dermatopathies complexes) <input type="checkbox"/> HISTGI Histologie - Appareil digestif</p> | |


Précisez chaque site de prélèvement



 G D
 Chat
 face dorsale


 D G
 1
2
3
4
 face ventrale


 G D
 Chien
 face dorsale


 D G
 1
2
3
4
5
 face ventrale


 D Profil


 G Profil

Merci de consulter le catalogue pour les différents tarifs

Localisation (OBLIGATOIRE) et description des lésions

| | |
|-------------------------------|---|
| Site 1 | Symptômes, suspicions cliniques, évolution, références antérieures : |
| Site 2 | |
| Site(s) additionnel(s) | |

L'envoi d'un échantillon au Laboratoire IDEXX avec ce bon de commande implique avoir pris connaissance et accepté les conditions générales de vente du laboratoire disponibles sur www.idexx.fr
 IDEXX porte une grande importance au traitement de vos données personnelles et a adopté la politique de confidentialité disponible sur www.idexx.fr


Une version électronique du bon de commande est disponible sur www.idexx.fr

CQ CQ
 FD FDCP FDG P FDF A
 Formol
 PU L AB SY U BAL KM A

Bon de commande

2024 CYTOLOGIE

Les champs d'informations ci-dessous (onglets rouges) sont absolument nécessaires pour un bon déroulement de votre analyse

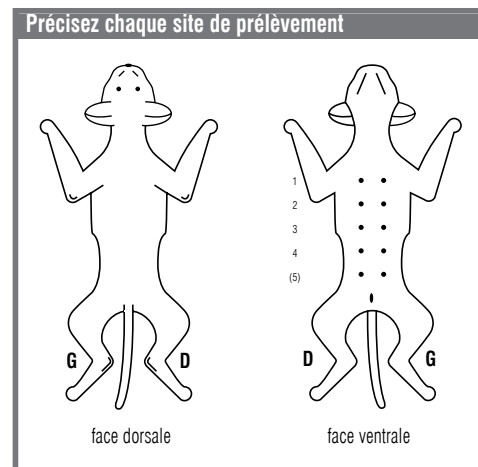
| PRESCRIPTEUR | INFORMATIONS ANIMAL | PRÉLÈVEMENT(S) ENVOYÉ(S) |
|---|---|---|
| VÉTÉRINAIRE Vétérinaire prescripteur _____ CACHET DE LA CLINIQUE avec adresse complète OBLIGATOIRE OBLIGATOIRE  Placez ici votre code barre IDEXX | PROPRIÉTAIRE *obligatoire si facturation au propriétaire Nom _____ Adresse* _____ _____ _____ ANIMAL <input type="checkbox"/> CHIEN <input type="checkbox"/> CHAT <input type="checkbox"/> CHEVAL <input type="checkbox"/> AUTRE _____ Nom _____ Race _____ <input type="checkbox"/> Femelle <input type="checkbox"/> Mâle <input type="checkbox"/> Castré(e) Âge _____ | Date du prélèvement <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Nombre de tubes de liquide <input type="text"/> <input type="text"/> Nombre de lames <input type="text"/> <input type="text"/> |

09-0011325-03 2024 V1

| MODE D'ENVOI | FACTURATION |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Coursier <input type="checkbox"/> Coursier groupé (uniquement si envoi déjà facturé pour un autre dossier le même jour et dans la même enveloppe) | FACTURATION Pour les cliniques mensualisées : ne pas joindre de règlement à votre envoi. Pour les cliniques non-mensualisées, merci de joindre un chèque à l'ordre du Laboratoire IDEXX sans lequel des frais de gestion seront appliqués. |

CYTOLOGIE - Attention de bien remplir cette partie PUIS la partie Localisation ci-dessous

| | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> CYTU Cytologie (Lames seules) <input type="checkbox"/> CYTU Cytologie, 1-2 sites, max. 4 lames <input type="checkbox"/> CYTU3 Cytologie, 3-8 sites, max. 16 lames <input type="checkbox"/> CYTU9 Cytologie, >8 sites, max. 20 lames <input type="checkbox"/> CYTULN Cytologie noeud lymphatique (Lames) <input type="checkbox"/> MISC1 Cytologie fluides divers (Frottis séchés + liquide dans tube EDTA) <input type="checkbox"/> LBA <input type="checkbox"/> Liquide synovial <input type="checkbox"/> Urine <input type="checkbox"/> Sang / Frottis <input type="checkbox"/> Masse <input type="checkbox"/> Kyste <input type="checkbox"/> Bile <input type="checkbox"/> Prostate <input type="checkbox"/> Autre liquide biologique (précisez) : _____ | <input type="checkbox"/> PUN1 Profil de liquide d'épanchement (3 – 5 mL de liquide répartis entre un tube EDTA, un tube sec et un frottis séché à l'air) <input type="checkbox"/> Epanchement abdominal <input type="checkbox"/> Epanchement thoracique <input type="checkbox"/> Epanchement péricardique <input type="checkbox"/> PUNL1 Profil LCS (3 mL de LCS répartis entre un tube EDTA et un tube sec) <input type="checkbox"/> MYELO Profil moelle osseuse 1 (myélogramme) (joindre impérativement SgE, Frottis sanguin, lames moelle, moelle dans tube EDTA pour éventuelle PCR) <input type="checkbox"/> MYELOH Profil moelle osseuse (Au moins 1 frottis de moelle osseuse (+/- moelle dans 1 tube EDTA pour éventuelles PCR) + 1 mL SgE + Fro + biopsie de moelle dans formol) <input type="checkbox"/> W_CBRAF Mutation BRAF (chien) (4 mL Ur ou lames) <input type="checkbox"/> CYTUSYN Cytologie de synovie (Lames +/- liquide dans tube EDTA) |
|---|--|



Localisation (OBLIGATOIRE) et description des lésions

| Site 1 | Symptômes, suspicions cliniques, évolution, références antérieures : |
|------------------------|--|
| Site 2 | |
| Site(s) additionnel(s) | |

CYTOLOGIE + BACTERIOLOGIE

| |
|--|
| <input type="checkbox"/> PUN2 Profil de liquide d'épanchement + analyse bactériologique (3 – 5 mL de liquide répartis entre un tube EDTA, un tube sec et un frottis séché à l'air. Pour la bactériologie : tube sec + eSwab) <input type="checkbox"/> Epanchement abdominal <input type="checkbox"/> Epanchement thoracique <input type="checkbox"/> Epanchement péricardique |
| <input type="checkbox"/> MISC2 Cytologie fluides divers 2 (Cytologie, culture bactérienne (aérobie et anaérobie)) (Au moins 1 mL de liquide dans tube EDTA + frottis séchés à l'air + eSwab et/ou 1 – 2 mL de liquide dans un tube sec) <input type="checkbox"/> LBA <input type="checkbox"/> Masse <input type="checkbox"/> Liquide synovial <input type="checkbox"/> Kyste <input type="checkbox"/> Urine <input type="checkbox"/> Bile <input type="checkbox"/> Sang / Frottis <input type="checkbox"/> Prostate <input type="checkbox"/> Autre liquide biologique (précisez) : _____ |