

Artuvetrin[®]

S E R U M T E S T D E M A N D E D ' A N A L Y S E V E T E R I N A I R E P R E S C R I P T E U R

- Nom du vétérinaire: _____
- Clinique vétérinaire: _____
- Adresse: _____
- Code postal: _____ ■ Téléphone: _____
- Ville: _____ ■ Fax: _____
- _____ ■ Email: _____
- Je souhaite recevoir les résultats par: Poste Fax Email*

* Nous recommandons l'envoi des résultats par email.

ANIMAL

- Nom du propriétaire: _____ ■ Nom de l'animal: _____
- Chien Chat Mâle Femelle ■ Race: _____ ■ Age: _____

- **Date du prélèvement (prélever au minimum 1,5 ml de sérum)*:** _____

* Merci de centrifuger l'échantillon sanguin et d'envoyer le sérum (1,5 ml) dans le tube fourni.

EXAMEN CLINIQUE

- **Nature des symptômes?** Prurit Otite Respiratoire
 Autre: _____
- **Date d'apparition des premiers symptômes?** _____
- **En quelle saison les symptômes sont-ils les plus sévères?** Printemps Été Automne Hiver Toute l'année
- **Quand les symptômes sont-ils le plus marqués?** Intérieur Extérieur Indifférent
- **Traitements en cours? (Merci d'indiquer le type, la dose, la durée et les réactions observées).**
- Cyclosporine: _____
- Corticoïdes: _____
- Antihistaminiques: _____
- Autres: _____

ANALYSES DEMANDÉES

Nord de la France: 24 allergènes

Sud de la France: 24 allergènes

MERCI DE BIEN VOULOIR NOUS ENVOYER:

- Kit de prélèvement (tube, protection, enveloppe), nombre: _____ Carnet de désensibilisation client
- Documentation générale _____ Liste de prix
- Documentation skin test _____

USAGE INTERNE

Numéro de test: _____

Date de réception du sérum: _____

Date des résultats: _____



LABORATOIRE
DESTAING

MERCI DE RENVOYER CE FORMULAIRE AVEC LE SÉRUM (1.5 ML):

LABORATOIRE DESTAING · 34 TRAVERSE DE LA PAOUTE · 06 130 GRASSE · TEL 04 93 42 02 00 · FAX 04 93 42 03
Email: contact@destaing.com · Site internet: www.destaing.com