



LABORATOIRE
DESTAING

TEST SEROLOGIQUE DEMANDE D'ANALYSE

Vétérinaire prescripteur

Nom du vétérinaire :

Clinique vétérinaire :

Adresse :

Code postal : Ville :

Téléphone : Fax :

Email :

Je souhaite recevoir les résultats par : Poste Fax Email*

* Nous vous recommandons l'envoi des résultats par email.

Animal

Nom du propriétaire* : Nom de l'animal* :

Chien Chat Cheval Mâle Femelle Race : Age :

Date du prélèvement (prélever au minimum 1ml de sérum ou de plasma) :

* Informations obligatoires

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 Eté 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

Gale Sarcoptique

Merci de bien vouloir nous envoyer :

Kit de prélèvement (tube, protection, enveloppe), nombre : Carnet de désensibilisation client

Documentation générale Liste de prix

Usage interne :

Numéro de test :

Date de réception du sérum :

Date des résultats :

Merci de renvoyer ce formulaire avec 1ml de sérum ou de plasma