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

Laboratoire Destaing - Arômagrasse - 45 bd Marcel Pagnol - 06130 Grasse - France
Tél. **04 93 42 02 00** - Fax. 04 93 42 03 00 - contact@destaing.com - www.destaing.com