

Demande d'analyse PCR Carnivores domestiques



Numéro d'identification

Date de réception

Ne pas remplir

Propriétaire

Nom :

Adresse mail :

Code postal :

Téléphone :

Chat

Nom :

Race :

Date de naissance :

☐ Femelle ☐ Mâle

☐ Stérilisé(e)

Vétérinaire

Nom :

Tampon de la clinique :

Adresse mail :

Téléphone :

Date de la demande : _____

Commémoratifs cliniques

- ☐ Animal asymptomatique
☐ Animal symptomatique
☐ Animal vivant ☐ Animal mort

Durée d'évolution :

- ☐ < 5 jours
☐ 5-15 jours
☐ > 15 jours

Traitements en cours :

Signes généraux :

Signes digestifs :

Signes neurologiques :

Signes respiratoires :

Signes buccaux/oculaires :

Autres :

Informations concernant l'échantillon

Ecouvillon/cytobrosse <input type="checkbox"/> Oropharyngé <input type="checkbox"/> Conjonctival <input type="checkbox"/> Nasal <input type="checkbox"/> Vaginal <input type="checkbox"/> Prépuccial <input type="checkbox"/> Rectal <input type="checkbox"/> Autre (préciser)	Sang total <input type="checkbox"/> Tube sec <input type="checkbox"/> EDTA <input type="checkbox"/> Hépariné (déconseillé) Plasma <input type="checkbox"/> EDTA <input type="checkbox"/> Citraté <input type="checkbox"/> Hépariné (déconseillé) <input type="checkbox"/> Sérum	Fluides autres <input type="checkbox"/> Urine <input type="checkbox"/> LBA <input type="checkbox"/> LCS <input type="checkbox"/> Epanchement <input type="checkbox"/> Liquide synovial <input type="checkbox"/> Humeur aqueuse <input type="checkbox"/> Sperme	Organe (préciser) :	Autre (préciser) :
--	---	--	----------------------------	---------------------------

Analyses demandées

Analyse individuelle	Bilan
<input type="checkbox"/> Calicivirus félin <input type="checkbox"/> <i>Chlamydia</i> spp. <input type="checkbox"/> Coronavirus félin <input type="checkbox"/> FeLV <input type="checkbox"/> FIV <input type="checkbox"/> <i>Giardia</i> spp. <input type="checkbox"/> Herpèsvirus félin <input type="checkbox"/> <i>Mycoplasma</i> spp. (hémobartonelles) <input type="checkbox"/> Parvovirus félin	<input type="checkbox"/> Fièvre (coronavirus, FeLV, FIV) <input type="checkbox"/> Coryza (<i>calicivirus</i> , <i>Chlamydia</i> , herpèsvirus <i>Mycoplasma</i>) <input type="checkbox"/> Diarrhée (coronavirus, <i>Giardia</i> , parvovirus)

Tarifs

Recherche d'un seul agent : 40€ HT / 48€ TTC
Agent supplémentaire : 25€ HT / 28€ TTC
Bilan : 90€ HT / 104€ TTC
Recherche sans a priori par métagénomique : nous contacter

Conseils pour le prélèvement et la conservation

Ecouvillon/cytobrosse : dans un tube sec
Sang total, plasma, moëlle osseuse : EDTA obligatoire, tube hépariné ou borate formellement déconseillé. Volume minimal de 0,3mL.
Urine : idéalement 4mL.
Pas de prélèvement stocké en formol
Cytoponctions : tube EDTA avec 0,2mL de NaCl 0,9%
Conservation au réfrigérateur, pas de congélation.

Contact

Plateforme METAPATH
05 61 19 23 49
metapath@envt.fr