

DEMANDE D'ANALYSE SEROLOGIQUE LEISHMANIOSE

(Demande d'analyse ehrlichiose par IF associée : OUI NON)

Acceptabilité par le technicien : Correcte Réserve Date et responsable :

NOM DU CHIEN : Race :

Age : Sexe : Mâle Femelle

NOM DU PROPRIETAIRE :

Adresse :

Code Postal : Ville :

Tél : Mail* :

* Adresse mail à renseigner uniquement si vous souhaitez recevoir les résultats sous forme dématérialisée. Conditions sur demande.

Personne physique – Date de naissance :

Toutes personnes morales – SIRET :

Personne morale de droit public – Code service Chorus : N° engagement :

COMMEMORATIFS

Activité du chien : Chasse Compagnie Garde

Date d'apparition de la maladie : Printemps Eté Automne Hiver
de l'année :

Sérologie antérieure : Date : IF : ES : ELISA :

EXAMEN CLINIQUE

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Asthénie | <input type="checkbox"/> Insuffisance rénale | <input type="checkbox"/> Squamosis et alopecie |
| <input type="checkbox"/> Amaigrissement | <input type="checkbox"/> Insuffisance hépatique | <input type="checkbox"/> Ulcères |
| <input type="checkbox"/> Anémie | <input type="checkbox"/> Pathologie oculaire | <input type="checkbox"/> Nodules généralisés |
| <input type="checkbox"/> Adénopathie | <input type="checkbox"/> Pathologie articulaire | <input type="checkbox"/> Pustules |

Animal ne présentant de symptômes. Prélevé pour contrôle.

Autres symptômes :

THERAPEUTIQUE SPECIFIQUE/VACCIN

Antimoniote de méglumine (Glucantime ®)

Allopurinol (Zyloric ®)

Amphotéricine B

Pentamidine

Quinolones

Autre :

Vaccin, date des injections :

DATE DE PRELEVEMENT

CACHET DU PRATICIEN