

☐ CQ	☐ CQ										
☐ FD	☐ FDCP	☐ FDG	☐ P	☐ FDF	☐ POT						
☐ LN	☐ N	☐ MCT	☐ S	☐ RE	☐ B	☐ A	☐ PM	☐ Cassette			

Bon de commande

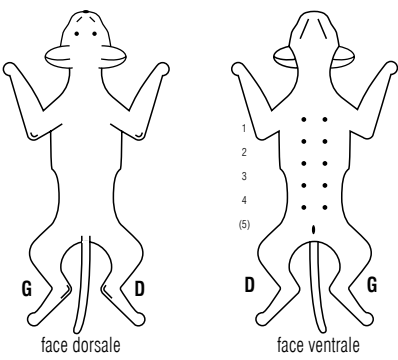
2026 HISTOLOGIE

09-0011325-03

Les champs d'informations ci-dessous (onglets rouges) sont absolument nécessaires pour un bon déroulement de votre analyse.

PRESCRIPTEUR	INFORMATIONS ANIMAL
VÉTÉRINAIRE Vétérinaire prescripteur _____ CACHET DE LA CLINIQUE avec adresse complète OBLIGATOIRE OBLIGATOIRE  Placez ici votre code barre IDEXX	PROPRIÉTAIRE *obligatoire si facturation au propriétaire Nom _____ Adresse* _____ _____ _____ ANIMAL ☐ CHIEN ☐ CHAT ☐ CHEVAL ☐ AUTRE _____ Nom _____ Race _____ ☐ Femelle ☐ Mâle ☐ Castré(e) Âge _____

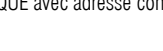
MODE D'ENVOI	FACTURATION
☐ Frais d'envoi ☐ Frais d'envoi groupés (uniquement si envoi déjà facturé pour un autre dossier le même jour et dans la même enveloppe)	Facturation au propriétaire de l'animal – Merci de joindre un chèque à l'ordre du Laboratoire IDEXX SARL et de préciser l'adresse du propriétaire, sans quoi les analyses seront facturées à la clinique. Si cette case n'est pas cochée, les modalités de facturation mensuelle à la clinique seront appliquées. Ne pas joindre de règlement pour les cliniques mensualisées. En envoyant ce formulaire, j'accepte les Conditions générales d'IDEXX disponibles sur le site www.idexx.fr ("Conditions générales d'IDEXX") et en ai informé le propriétaire de l'animal lors de facturation au propriétaire. Retrouvez également la politique de confidentialité d'IDEXX sur https://www.idexx.com/privacy . ☐ Facturation aux propriétaires

Precisez chaque site de prélèvement	HISTOLOGIE - Attention de bien remplir cette partie PUIS la partie Localisation ci-dessous								
Une indication seule sur les schémas ci dessous n'est pas suffisamment précise, merci de bien remplir la partie commémoratif obligatoire.  G face dorsale D face ventrale D Profil G Profil	<table border="1"> <tr> <td> Type de prélèvement ☐ Biopsie (cassettes disponibles sur commande) ☐ Fragment de la lésion ☐ Totalité de la lésion (marges incluses) </td> <td> Date du prélèvement </td> </tr> <tr> <td> Nombre de pots Nombre de prélèvements </td> <td></td> </tr> <tr> <td> HISTU1 ☐ Histologie - 1 Site/ Lésion HISTU2 ☐ Histologie - 2 Sites/ Lésions HISTU... ☐ Histologie, ... Sites/ Lésions Nombre de sites </td> <td> HISTLIV ☐ Histologie - Foie HISTUL ☐ Histologie - Pièce complexe/volumineuse/entière/ osseuse HISTS ☐ Histologie - Peau (applicable aux dermatopathies complexes) HISTGI ☐ Histologie - Biopsies endoscopiques de l'appareil digestif HISTXL2 ☐ Histologie - Pièce complexe/volumineuse/entière/ osseuse avec 1 site supplémentaire HISTXL3 ☐ Histologie - Pièce complexe/volumineuse/entière/ osseuse avec 2 sites supplémentaires HISTXL4 ☐ Histologie - Pièce complexe/volumineuse/entière/ osseuse avec 3 sites supplémentaires HISTOC ☐ Histologie - Oeil <25 mm HISTOCL ☐ Histologie - Oeil (pour globes entiers >25mm de diamètre) ☐ Je souhaite recevoir mon compte rendu en français </td> </tr> <tr> <td colspan="2"> Localisation et description des lésions (OBLIGATOIRE) OBLIGATOIRE Symptômes, suspicions cliniques, évolution, références antérieures : </td> </tr> </table>	Type de prélèvement ☐ Biopsie (cassettes disponibles sur commande) ☐ Fragment de la lésion ☐ Totalité de la lésion (marges incluses)	Date du prélèvement	Nombre de pots Nombre de prélèvements		HISTU1 ☐ Histologie - 1 Site/ Lésion HISTU2 ☐ Histologie - 2 Sites/ Lésions HISTU... ☐ Histologie, ... Sites/ Lésions Nombre de sites	HISTLIV ☐ Histologie - Foie HISTUL ☐ Histologie - Pièce complexe/volumineuse/entière/ osseuse HISTS ☐ Histologie - Peau (applicable aux dermatopathies complexes) HISTGI ☐ Histologie - Biopsies endoscopiques de l'appareil digestif HISTXL2 ☐ Histologie - Pièce complexe/volumineuse/entière/ osseuse avec 1 site supplémentaire HISTXL3 ☐ Histologie - Pièce complexe/volumineuse/entière/ osseuse avec 2 sites supplémentaires HISTXL4 ☐ Histologie - Pièce complexe/volumineuse/entière/ osseuse avec 3 sites supplémentaires HISTOC ☐ Histologie - Oeil <25 mm HISTOCL ☐ Histologie - Oeil (pour globes entiers >25mm de diamètre) ☐ Je souhaite recevoir mon compte rendu en français	Localisation et description des lésions (OBLIGATOIRE) OBLIGATOIRE Symptômes, suspicions cliniques, évolution, références antérieures :	
Type de prélèvement ☐ Biopsie (cassettes disponibles sur commande) ☐ Fragment de la lésion ☐ Totalité de la lésion (marges incluses)	Date du prélèvement								
Nombre de pots Nombre de prélèvements									
HISTU1 ☐ Histologie - 1 Site/ Lésion HISTU2 ☐ Histologie - 2 Sites/ Lésions HISTU... ☐ Histologie, ... Sites/ Lésions Nombre de sites	HISTLIV ☐ Histologie - Foie HISTUL ☐ Histologie - Pièce complexe/volumineuse/entière/ osseuse HISTS ☐ Histologie - Peau (applicable aux dermatopathies complexes) HISTGI ☐ Histologie - Biopsies endoscopiques de l'appareil digestif HISTXL2 ☐ Histologie - Pièce complexe/volumineuse/entière/ osseuse avec 1 site supplémentaire HISTXL3 ☐ Histologie - Pièce complexe/volumineuse/entière/ osseuse avec 2 sites supplémentaires HISTXL4 ☐ Histologie - Pièce complexe/volumineuse/entière/ osseuse avec 3 sites supplémentaires HISTOC ☐ Histologie - Oeil <25 mm HISTOCL ☐ Histologie - Oeil (pour globes entiers >25mm de diamètre) ☐ Je souhaite recevoir mon compte rendu en français								
Localisation et description des lésions (OBLIGATOIRE) OBLIGATOIRE Symptômes, suspicions cliniques, évolution, références antérieures :									

L'envoi d'un échantillon au Laboratoire IDEXX avec ce bon de commande implique avoir pris connaissance et accepté les conditions générales de vente du laboratoire disponibles sur www.idexx.fr. IDEXX porte une grande importance au traitement de vos données personnelles et a adopté la politique de confidentialité disponible sur www.idexx.fr.Une version électronique du bon de commande est disponible sur www.idexx.fr

2026 CYTOLOGIE

Les champs d'informations ci-dessous (onglets rouges) sont absolument nécessaires pour un bon déroulement de votre analyse

PRÉSCRIPTEUR		INFORMATIONS ANIMAL		PRÉLÈVEMENT(S) ENVOYÉ(S)	
VÉTÉRINAIRE Vétérinaire prescripteur _____ CACHET DE LA CLINIQUE avec adresse complète OBLIGATOIRE		PROPRIÉTAIRE <i>*obligatoire si facturation au propriétaire</i> Nom _____ Adresse * _____ _____ _____ ANIMAL ☐ CHIEN ☐ CHAT ☐ CHEVAL ☐ AUTRE _____ Nom _____ Race _____ ☐ Femelle ☐ Mâle ☐ Castré(e) Âge _____ N° de puce		Date du prélèvement Nombre de tubes de liquide Nombre de lames Volume de liquide envoyé	
OBLIGATOIRE  Placez ici votre code barre IDEXX					

MODE D'ENVOI	FACTURATION
☐ Frais d'envoi ☐ Frais d'envoi groupés (uniquement si envoi déjà facturé pour un autre dossier le même jour et dans la même enveloppe)	Facturation au propriétaire de l'animal – Merci de joindre un chèque à l'ordre du Laboratoire IDEXX SARL et de préciser l'adresse du propriétaire, sans quoi les analyses seront facturées à la clinique. Si cette case n'est pas cochée, les modalités de facturation mensuelle à la clinique seront appliquées. Ne pas joindre de règlement pour les cliniques mensualisées. En envoyant ce formulaire, j'accepte les Conditions générales d'IDEXX disponibles sur le site www.idexx.fr ("Conditions générales d'IDEXX") et en ai informé le propriétaire de l'animal lors de facturation au propriétaire. Retrouvez également la politique de confidentialité d'IDEXX sur https://www.idexx.com/privacy . ☐ Facturation aux propriétaires

CYTOLOGIE - Attention de bien remplir cette partie PUIS la partie Localisation ci-dessous

CYTOLOGIE (Lames seules)

CYTU1
☐

Cytologie, 1 site, max. 4 lames

CYTU2
☐

Cytologie, 2 sites, max. 8 lames

CYTU...
☐

Cytologie ... sites (max. 4 lames / site)

CYTOLOGIE fluides divers (Fro + 1mL de liquide dans tube EDTA + 1-2mL dans un tube SEC. Si Bactériologie ajouter Eco Swab et/ou 1-2mL dans un autre tube SEC)

WASH1
☐

Fluide Divers - 1 Fluide

WASH2
☐

Fluide Divers - 2 Fluides

WASH1M
☐

Fluides Divers + analyse bactériologique

☐ LBA

☐ Masse

☐ Kyste

☐ Bile

☐ Prostate

☐ Autre liquide biologique (précisez) :

Profil de Moelle Osseuse

CYTUKM
☐

Profil de moelle osseuse 1 (myélogramme) (1mL SgE + Fro + lames moelle + moelle dans tube EDTA (pour éventuelles PCR)

CYTUKMH
☐

Profil de moelle osseuse 2 (1mL SgE + Fro + 1 frottis de moelle osseuse (+/- moelle dans 1 tube EDTA pour éventuelles PCR) + biopsie de moelle dans formol

Profil LCS 1mL d'épanchement répartis entre un tube EDTA, et un tube SEC. Si bactériologie ajouter Eco Swab 500 ul tube sec stérile)

CSF1
☐

Profil LCS - 1 site

CSF2
☐

Profil LCS - 2 sites

CSF1M
☐

Profil liquide cérébrospinal + analyse bactériologique

Profil de liquide d'épanchement 3-5mL répartis entre un tube EDTA et un tube SEC + Fro. Si bactériologie ajouter Eco Swab 500 uL Eco Swab stérile

BCFLD1
☐

Profil de liquide d'épanchement - 1 fluide / site

BCFLD2
☐

Profil de liquide d'épanchement - 2 fluides / sites

BCFLD...
☐

Profil de liquide d'épanchement - ...fluides / sites

BCFLD1M
☐

Profil de liquide d'épanchement + analyse bactériologique

☐ Epanchement abdominal

☐ Epanchement thoracique

☐ Epanchement péricardique

Autre (précisez)

Sang 1mL SgE + Fro

CYTUBB
☐

Hémogramme (Nfs-r) et lecture de frottis sanguin par un vétérinaire pathologiste clinique

Urines (Ur sur tube sec + frottis)

URCYTO
☐

Cytologie Urinaire

UCYTU
☐

Profil urinaire étendu (analyse bactériologique)

CBRAF
☐

Mutation BRAF

☐ Urine cystocentèse

☐ Urine sondage

☐ Urine miction

CYTOLOGIE de synovie (Fro lames non limitées +/- 1mL répartis entre tube EDTA et tube SEC. Si bactériologie ajouter Eco Swab 500 ul tube sec stérile.

CYTUSYN
☐

Cytologie de synovie (Lames non limitées)

SYNO1
☐

Cytologie de synovie - 1 articulation

SYNO2
☐

Cytologie de synovie - 2 articulations

SYNO...
☐

Cytologie de synovie - ...articulations

SYNO1M
☐

Cytologie de synovie + analyse bactériologique

CYTOLOGIE nœud lymphatique Fro lames NL non limitées +/- 4 lames / site additionnel

CYTULN
☐

Cytologie nœud lymphatique

LNCY1
☐

Cytologie nœud lymphatique + 1 masse / lésion

LNCY2
☐

Cytologie nœud lymphatique + 2 masses / lésions

LNCY...
☐

Cytologie nœud lymphatique + ...masses / lésions

Localisation et description des lésions (OBLIGATOIRE)		Précisez chaque site de prélèvement
Site 1	OBLIGATOIRE Symptômes, suspicions cliniques, évolution, références antérieures :	Une indication seule sur les schémas ci dessous n'est pas suffisamment précise, merci de bien remplir la partie commémoratif obligatoire.
Site 2		
Site(s) additionnel(s)		