

Demande d'examen neuropathologique

Interne

PID: _____ Neuro-Nr: _____ Eingangsdatum: _____ Formalin -20°C -80°C

Propriétaire

Prénom: _____ Nom: _____
 Adresse: _____ CP, Lieu: _____
 Tél: _____
 E-Mail: _____

Vétérinaire traitant

Prénom: _____ Nom: _____
 Adresse: _____ CP, Lieu: _____
 Tél: _____
 E-Mail: _____

Facturation: Vétérinaire Canton Autre: _____

Informations concernant l'animal et le tissu à analyser

Espèce: Chien Chat Vache Mouton Chèvre Cheval Cochon Autre: _____

Nom _____ **sexe:** f m castré(e) Date de naissance: _____ Âge: a ___ m ___ j ___

Race: _____ ID (Bouton d'oreille, Chip): _____ Numéro BDTA (animaux de rente): _____

Exploitation: Domestique Elevage Sport Engraissement Lait Autre: _____

Détention: Maison Cage Ecurie Pâturage Alpage Autre: _____

Biopsie Examen post mortem

Décès: Date _____ Heure _____ **Type de décès:** Euthanasie Exitus

Tissu à analyser: Cerveau Moëlle épinière Nerfs périphériques Muscle Autre: _____

Anamnèse

Durée de la maladie (en jours): _____ Animal seul Problème de troupeau Nombre d'animaux atteints: _____

Symptômes neurologiques: Crises d'épilepsie Ataxie Tétraparèse/Tétraplégie Paraparèse/Paraplégie

Monoparèse/Monoplégie Hypermétrie Démarche en cercle Salivation Opisthotonus

Tête inclinée Décubitus Cécité Paralyse des nerfs faciaux Autre: _____

Réflexes rachidiens: _____ Etat de conscience/Comportement: _____

Localisation neuroanatomique: Encéphale Cervelet Tronc cérébral Vestibulaire Moëlle épinière: C1-C5

C6-T2 T3-L3 L4-cauda equine Périphérique Multifocal

Cours: Subaigu Aigu Chronique Progressif Ondulant

Autres Symptômes: Fièvre Diarrhée Vomissement Anorexie Faiblesse/Performance diminuée Toux

Mammite Conjonctivite Boiterie Douleurs Autre: _____

Informations détaillées/supplémentaires sur le cours et les symptômes: _____

Traitement: non oui Antibiotique Glucocorticoïdes Autre : _____ Réaction à la thérapie: oui non

Suspicion de diagnostic : _____

Question(s): _____

Remarques: _____

Lieu, Date: _____ Signature: _____