



Site de la Chantrerie – 101, Route de Gachet - CS 50707 - 44307 NANTES CEDEX 03  
Téléphone : **02 40 68 77 66** – Email : [contact.laboniris@oniris-nantes.fr](mailto:contact.laboniris@oniris-nantes.fr) – Site web : <https://laboniris.oniris-nantes.fr>



**PRÉLÈVEMENTS** : IDENTIFIÉS (temps et nom du propriétaire)

**SÉRUM** (Tube sec) ou **PLASMA** (Héparine / EDTA, selon l'analyse)  
obligatoirement **CENTRIFUGÉS** ou **DÉCANTÉS** et seul le **SURNAGEANT DOIT ÊTRE ENVOYÉ - CONGELATION INTERDITE**

**ENVOI POSTAL** : rapide accompagné de la demande d'analyse (à télécharger), d'un **CHÈQUE** (agrafé à la feuille de demande, à l'ordre du LDHVet)

#### EXPLORATION DU SYNDROME MALABSORPTION MALDIGESTION

## TRYPSINOGENÈNE CANIN - B12 - FOLATES

### PRÉLÈVEMENT

**1 mL** minimum

**HÉMOLYSE INTERDITE.**

### PROTOCOLE RECOMMANDÉ

Prise de sang sur animal à **jeun** depuis au moins 12 heures sur tube sec ou hépariné.

**TARIF T.T.C. € (7 € à rajouter dans le cas où vous utilisez une enveloppe pré-affranchie)**

➤ **CHIEN** : 50 €

➤ **CHAT** : 41 € (*le trypsinogène n'est pas dosé*)

➤ **CHEVAL** : 41 € (*le trypsinogène n'est pas dosé*)

*(des feuilles de commémoratifs spécifiques de l'espèce équine sont disponibles sur notre site)*

### VALEURS DE RÉFÉRENCE

**B12** : 350 à 850 ng/L chez le chien,

400 à 1000 ng/L chez le chat de plus de 5 ans, 800 à 2500 ng/L chez le chat de moins de 5 ans,

1500 à 3000 ng/L chez le cheval

**Folates** : < 12 µg/L (impossible à doser si prélèvement hémolysé)

**Trypsinogène canin** : 4 à 35 µg/L (uniquement chez le chien)

### DELAI DE RÉPONSE

Dosages réalisés 2 fois par semaine

**DATE DE PRÉLÈVEMENT :**

(Nous permet de connaître la durée d'acheminement postal)

**VÉTÉRINAIRE :**

e-mail (Pour envoi rapide des résultats)

Règlement joint :      oui       non **CHIEN : TLI - B12 - FOLATES****CHAT : B12 - FOLATES****IMPORTANT :****DOSSIER SUIVI : OUI     REF LABO :      NON** **ANIMAL NOM :** .....

Date de Naissance :

Mois : ..... ANNÉE : .....

CHIEEN SEXE  M  F CASTRE(E) CHAT  RACE : .....AUTRE  .....

DATE DES DERNIÈRES CHALEURS : .....

Poids  kg**PROPRIÉTAIRE**

ADRESSE : .....

NOM : .....

Prénom : .....

Code Postal : .....

VILLE : .....

 **MALABSORPTION - MALDIGESTION :**

☞ DATE D'APPARITION DES TROUBLES : .....

☞ ÉTAT D'EMBOPOINT : obésité  normal  maigre ☞ APPÉTIT : augmenté  diminué  normal ☞ RÉGIME ALIMENTAIRE : ménager  industriel  diététique  : .....☞ EXAMEN ABDOMINAL : douleur  palpation anormale : .....☞ EPISODES DE DOULEUR OU D'INCONFORT rapportés par le propriétaire : oui  non ☞ VOMISSEMENTS  : chroniques  aigus  intermittents  vomituration  postprandiaux ☞ DIARRHÉES  : chroniques  aiguës  intermittentes ☞ SELLES : fréquence : < 2 fois / jour  ou 2 - 3 fois / jour  ou > 3 fois / jour volume : augmenté  normal  décolorées  présence de sang en nature  méléna  stéatorrhée  présence de mucus aliments non digérés  lesquels : .....défécation urgente  ténésme  flatulences  odeurs nauséabondes parasites  lesquels : ..... **SIGNES ASSOCIÉS :**polyuro-polydipsie  troubles rénaux  excitation  troubles de la reproduction  apathie  troubles nerveux troubles cutanés  troubles cardiorespiratoires  lesquels : .....ascite  œdème sous cutané  autres  ..... **SIGNES COMPORTEMENTAUX :**Anxiété  Agressivité  Diminution de l'intérêt pour les activités habituelles  Plaie de léchage - léchage intensif  tournis  Malpropreté : urinaire fécale  coprophagie  Exploration : augmentée  diminuée  Destructons  Peurs  Perte d'apprentissages  Autres : ..... **SIGNES BIOLOGIQUES : : cf résultats ci-joint** hyperleucocytose  éosinophilie  lymphocytose  anémie  amylase ..... lipase ..... glucose ..... urée ..... créatinine .....protéines totales ..... Albumine ..... D.U. .... Na<sup>+</sup> ..... K<sup>+</sup> ..... triglycérides ..... cholestérol ..... ALAT .....PAL ..... Acides biliaires ..... CA<sup>2+</sup> ..... Protéinurie  **TRAITEMENT ENTREPRIS :**antibiothérapie  antiseptie digestive  salazopyrine extraits pancréatiques, (si oui, quand ?)  .....vitaminothérapie B12  : IM  PO  Dose : ..... Date : ..... Durée : .....diététique  ..... effet  .....corticoïdes  antisécrotoire gastrique  pansement gastro-intestinal  antispasmodiques  vermifugation  autres : .....EFFICACITÉ DU TRAITEMENT : très satisfaisant  satisfaisant  partiel  nul  **REMARQUES :** ..... **SUSPICION(S) :**Insuffisance pancréatique exocrine  pancréatite  colite chronique  entérite éosinophilique  allergie alimentaire  lymphangiectasie intestin irritable  malabsorption d'origine intestinale  prolifération bactérienne anormale  insuffisance hépatique  processus tumoral hyperthyroïdie  insuffisance rénale 

RÉSERVÉ AU LABORATOIRE	T	<b>TRYPSINOGENE CANIN :</b>	<b>FOLATES :</b>	<b>B12 :</b>
		Acides Biliaires : /	NC : ○      H : ○      F : ○      L : ○	