

Informations sur l'animal et son propriétaire :

Nom du propriétaire : _____
 Nom de l'animal : _____
 Race : _____
 Date de naissance de l'animal : ____ / ____ / ____
 Date du prélèvement du sérum : ____ / ____ / ____
 Date d'apparition du prurit : _____

Coordonnées de la clinique :

Vétérinaire : _____
 Nom de la clinique : _____
 Adresse de la clinique : _____
 Code postal et ville : _____
 Pays : _____
 Téléphone : _____
 Email : _____



Sélectionnez votre test



"SCREENING" Ce test indique un résultat global positif ou négatif
"COMPLETE" Ce test révèle le résultat individuel pour chaque allergène testé
"EXPAND" Ce test révèle le résultat par allergène après un screening positif

 **CHIEN** Volume de sérum requis : 0,5ml

 **CHAT** Volume de sérum requis : 1,0ml

 **CHEVAL** Volume de sérum requis : 0,5ml

PAX® SCREENING

Aéro-allergènes
 (+ insectes pour le cheval)
 63€ HT - 75,60€ TTC

PAX® EXPAND

Aéro-allergènes
 (+ insectes pour le cheval)
 170€ HT - 204€ TTC

PAX® COMPLETE

Aéro-allergènes
 (+ insectes pour le cheval)
 202€ HT - 242,40€ TTC

CHEVAL : insectes seuls
 125€ HT - 150€ TTC

Veuillez tourner la page pour renseigner les informations sur les antécédents cliniques.

Exemple PAX SCREENING



Exemple PAX COMPLETE



Tarifs valables à partir du 1^{er} Janvier 2025
 Facturation à la clinique uniquement
 Paiements acceptés : virement ou lien de paiement

Date, signature et cachet de la clinique :



Antécédents cliniques :

Quels symptômes affectent le patient ? (cochez toutes les cases qui s'appliquent)

- Prurit (démangeaisons) Symptômes respiratoires Anaphylaxie
 Lésions cutanées Symptômes oculaires Autre
 Otite Symptômes gastro-intestinaux _____

Quand les symptômes sont-ils les plus évidents ? (cochez toutes les cases qui s'appliquent)

- Printemps Automne Toute l'année
 Été Hiver

Dans quel environnement les symptômes sont-ils les plus évidents ?

- En intérieur En extérieur Pas de différence

Y a-t-il eu un diagnostic clinique d'allergie à ce qui suit ? (cochez toutes les cases qui s'appliquent)

- Aliment(s) : Oui Non

Précisez le- ou lesquels si vous les connaissez : _____

A quelle vitesse les symptômes réapparaissent-ils après une provocation alimentaire :

- < 3 heures ; 3-12 heures ; 12-24 heures ; 24-48 h ; > 48 h

- Piqûres d'hyménoptères : Oui Non

Précisez le- ou lesquels si vous le (s) connaissez : _____

- Autre(s) : Oui Non

Précisez le- ou lesquels si vous le (s) connaissez : _____

Combien de temps s'est écoulé depuis le début de la poussée actuelle de symptômes (récurrence) ?

- Moins d'une semaine Plus d'une semaine

Combien de temps s'est écoulé depuis la dernière poussée ?

- Moins d'un mois Plus d'un mois Les symptômes sont présents en continu sur l'année

Autres informations pertinentes (par exemple, d'autres déclencheurs connus de symptômes d'allergie) ?



Comment envoyer vos échantillons :

Placez ce formulaire avec votre échantillon dans les enveloppes NEXTMUNE fournies pour la collecte du sérum et son expédition. Elles sont gratuites et vous pouvez en demander d'autres à tout moment. (Note : si vous n'avez pas d'enveloppes NEXTMUNE, vous pouvez utiliser votre propre matériel d'expédition à condition qu'il respecte le triple emballage réglementaire).

Demandez un enlèvement gratuit* par mail à courrier@nextmune.com ou envoyez votre échantillon par La Poste à NEXTMUNE, 3 rue Pierre-Gilles de Gennes, ZA Le Causse, 81100 Castres.

* L'enlèvement gratuit est disponible en France métropolitaine. Pour les autres zones, contactez-nous pour plus d'informations.