

DiPSA

Servizio di Diagnostica
di Patologia e Sanità Animale

Richiesta di esame cito/istopatologico

PAT/MOD.009 Rev.1 del 25/1/2017

Veterinario inviante: _____
tel: _____
mail: _____

ESAME RICHIESTO

ISTOLOGICO CITOLOGICO

Dati proprietario

nome cognome: _____
indirizzo: _____
città: _____ CAP: _____
telefono: _____
email: _____

C.F./P.IVA _____

Dati animale

nome: _____
specie: _____
razza: _____
età: _____ sesso: _____
taglia: _____

Microchip _____

ANAMNESI E QUESITO DIAGNOSTICO

TERAPIA IN CORSO/RECENTE

Corticoterapia negli ultimi 15 gg?

SI	NO
----	----

Altre terapie:

DIAGNOSI DIFFERENZIALE

Desidera scartare/confermare una diagnosi
concreta?

RISERVATO AL LABORATORIO

Data arrivo: ____/____/____

Rif. Cito/istologici precedenti: _____ Profilo n°: _____

Campione accettato da: _____ Firma: _____

Campione conforme:

SI	NO
----	----

DATI CAMPIONE

Tessuto

tessuto inviato: _____
localizzazione: _____
numero campioni: _____

Numero contenitori

barattolo _____
provetta _____
Eppendorf _____

Numero vetrini
(per citologia) _____

Tipo prelievo istologico

bioptico asportazione totale

Altro _____

È stato inviato tutto il materiale escisso?
Il campione include materiale chirurgico?
Si richiede valutazione dei margini?
Si osserva linfadenopatia regionale?
È una recidiva?
se sì, indicare diagnosi precedente:

SI	NO
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Tipo prelievo citologico

ago aspirato
 impronta
 raschiato

Altro _____

Data prelievo

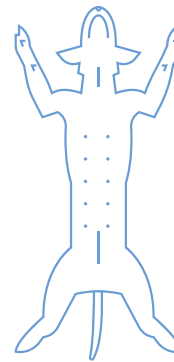
____/____/____

Fissativo utilizzato

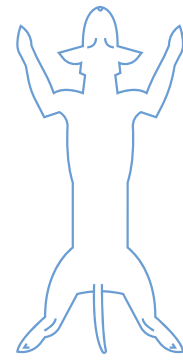
Aspetto della lesione

(Distribuzione, Forma, Dimensioni, Superficie, Colore, Consistenza)

DISTRIBUZIONE



ventrale



dorsale

LESIONI NEOPLASTICHE

Si invia la massa completa?
Il campione include materiale chirurgico?
Ci sono aderenze periferiche?
Si osserva linfadenopatia regionale?
Calore recente? (neoplasie mammarie)

SI	NO
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

DERMATOLOGIA

Macula Placca
 Pustola Ulcera
 Papula Pomfo
 Vescicola Desquamazione
 Eritema Nodulo
 Alopecia Prurito?

Altro _____

Firma del richiedente

Descrizione e diagnosi (riservato al laboratorio)

