

## 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

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Indicare eventuali altri esami diagnostici (RX, TC ecc):

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### TERAPIA IN CORSO/RECENTE

Corticoterapia negli ultimi 15 gg?

SI

NO

Altre terapie:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### DIAGNOSI DIFFERENZIALE

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### 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?  
 indicare diagnosi precedente:

SI	NO

**Tipo prelievo citologico**

ago aspirato  
 impronta  
 raschiato

Altro \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

**Data prelievo**

\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**Fissativo utilizzato**

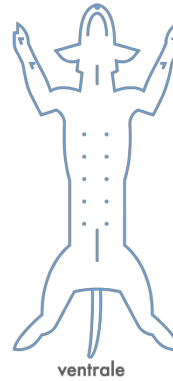
\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

**Aspetto della lesione**

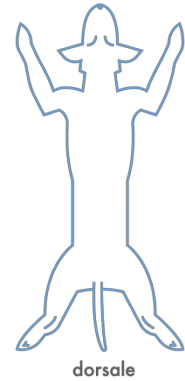
(Distribuzione, Forma, Dimensioni, Superficie, Colore, Consistenza)

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Dimensione: \_\_\_\_\_  
 Linfonodi regionali: \_\_\_\_\_  
 Numero di linfonodi esaminati: \_\_\_\_\_

**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

**DERMATOLOGIA**

Macula  Placca  
 Pustula  Ulcera  
 Papula  Pomfo  
 Vescicola  Desquamazione  
 Eritema  Nodulo  
 Alopecia  Prurito

Altro

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

**Firma del richiedente**

\_\_\_\_\_

**Descrizione e diagnosi (riservato al laboratorio)**

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_