



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 ulteriori esami diagnostici (RX, TC, ecc.) _____

TERAPIA IN CORSO/RECENTE

Corticoterapia negli ultimi 15 gg? SI | NO
Altre terapie: _____

DIAGNOSI DIFFERENZIALE

Desidera scartare/confermare una diagnosi concreta?

TRATTAMENTI ORMONALI PREVENZIONE ESTRO

SI (specificare) _____

 NO

HABITAT

Urbano
 Rurale
 Appartamento
 Giardino
 Canile
 Randagio

ALIMENTAZIONE

Naturale
 Inscatolata
 Secca

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"/>

Tipo prelievo citologico

ago aspirato
 impronta
 raschiato

Altro _____

Data prelievo

____/____/____

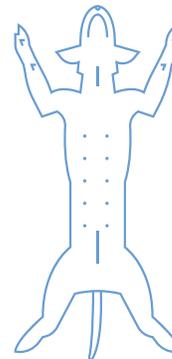
Fissativo utilizzato

Aspetto della lesione

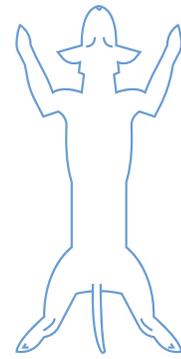
(Distribuzione, Forma, Dimensioni, Superficie, Colore, Consistenza)

Dimensione: _____
Linfonodi regionali: _____
Numero 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
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

DERMATOLOGIA

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

Altro _____

Firma del richiedente

Descrizione e diagnosi (riservato al laboratorio)

