

Primeira amostra grátis

HISTOVET

Servicio de Diagnostico Histopatológico Veterinario

Avda Països Catalans, 12-D

08192-St.Quirze del Vallès, Barcelona

Tlfs 937211916 / 1922 Fax 937211916

http:www.histoweb.com histovet@histoweb.com

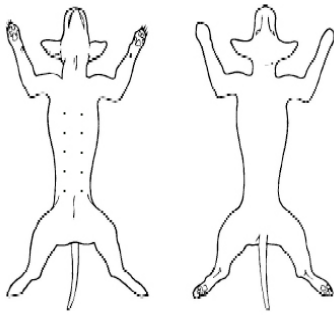
Espaço para o laboratório
 Nº referência _____ Data de entrada _____
 MACROSCOPIA

REMITENTE	Proprietário
	Nome animal
Veterinário/a remitente:	Espécie Raça
	Idade Sexo ♀ ♂ C
	Tecido enviado
	Número de mostras
	Nº. recipientes: Pote ___ Tubo ___
	Eppendorf _____
	Nº. citologias: _____


Analizou-se outra mostra previamente em HISTOVET? (Número de referência: H-)

PREFERÊNCIAS ADICIONAIS DO RELATÓRIO

- | | |
|--------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Comunicação telefónica do resultado | <input type="checkbox"/> Não incluir modelo de informação geral |
| <input type="checkbox"/> Desejo o relatório por via postal | <input type="checkbox"/> Preferência de idioma..... |
| <input type="checkbox"/> Outros | |

HISTÓRIA CLÍNICA	DISTRIBUIÇÃO	DERMATOLOGIA
(continuar detrás se é necessário)	 <p>ventral dorsal</p>	<input type="checkbox"/> Mácula <input type="checkbox"/> Pápula <input type="checkbox"/> Pústula <input type="checkbox"/> Vesícula <input type="checkbox"/> Eritema <input type="checkbox"/> Bolha <input type="checkbox"/> Alopecia <input type="checkbox"/> Descamação <input type="checkbox"/> Placa <input type="checkbox"/> Nódulo <input type="checkbox"/> Úlcera <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Prurido?

LESÃO NEOPLÁSICA

<table border="0"> <tr> <td></td> <td style="text-align: center;">SI</td> <td style="text-align: center;">NO</td> </tr> <tr> <td>- Envia-se a lesão completa?.....</td> <td style="text-align: center;">___</td> <td style="text-align: center;">___</td> </tr> <tr> <td>- A mostra inclui o márgem quirúrgico?</td> <td style="text-align: center;">___</td> <td style="text-align: center;">___</td> </tr> <tr> <td>- Há aderencia periférica?.....</td> <td style="text-align: center;">___</td> <td style="text-align: center;">___</td> </tr> <tr> <td>- Existe linfadenopatía regional?.....</td> <td style="text-align: center;">___</td> <td style="text-align: center;">___</td> </tr> <tr> <td>- Cio recente? (neoplasia mamária)</td> <td style="text-align: center;">___</td> <td style="text-align: center;">___</td> </tr> </table>		SI	NO	- Envia-se a lesão completa?.....	___	___	- A mostra inclui o márgem quirúrgico?	___	___	- Há aderencia periférica?.....	___	___	- Existe linfadenopatía regional?.....	___	___	- Cio recente? (neoplasia mamária)	___	___	Dimensão do nódulo in vivo :  cm.	Tipo de mostra: <input type="checkbox"/> excisão <input type="checkbox"/> Cunha <input type="checkbox"/> Tru-cut <input type="checkbox"/> Punch <input type="checkbox"/> Pós-mortem <input type="checkbox"/> Elipse <input type="checkbox"/> Aposição <input type="checkbox"/> aspiração <input type="checkbox"/> Endoscopia <input type="checkbox"/>
	SI	NO																		
- Envia-se a lesão completa?.....	___	___																		
- A mostra inclui o márgem quirúrgico?	___	___																		
- Há aderencia periférica?.....	___	___																		
- Existe linfadenopatía regional?.....	___	___																		
- Cio recente? (neoplasia mamária)	___	___																		

TERAPIA RECENTE

Corticoterapia nos últimos 15 dias? _____
 Outras terapias:

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Deseja descartar/confirmar algum diagnóstico?
 Qual? _____