

# Primo campioni gratuito

# 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](mailto:histovet@histoweb.com)

spazio per il laboratorio

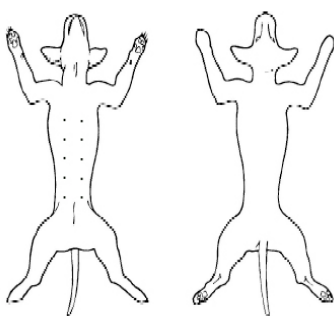
N° referto \_\_\_\_\_ Data di arrivo \_\_\_\_\_  
MACROSCOPIA

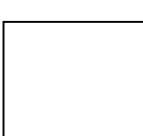
<b>MITTENTE</b>	Proprietario ..... Nome animale ..... Specie ..... Razza ..... Età ..... Sesso ♀ ♂ C
Veterinario/a mittente: _____	Tessuto inviato ..... Numero di campioni ..... N°. contenitori: Barattolo ___ Provetta ___ Eppendorf _____ N°. citologie: _____

È stato analizzato un altro campione del caso in HISTOVET? (Numero di referto: H- \_\_\_\_\_ )

**PREFERENZE ADDIZIONALI DEL RAPPORTO**

<input type="checkbox"/> Comunicazione telefonica del risultato	<input type="checkbox"/> Non includere modello di informazione generale
<input type="checkbox"/> Desidero rapporto via postale	<input type="checkbox"/> Preferenza di lingua.....
<input type="checkbox"/> Altri .....	

STORIA CLINICA	DISTRIBUZIONE	DERMATOLOGIA														
(continuare dietro se necessario)	 ventrale                  dorsale	<table style="width: 100%;"> <tr> <td><input type="checkbox"/> Macula</td> <td><input type="checkbox"/> Papula</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Pustula</td> <td><input type="checkbox"/> Vescicola</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Eritema</td> <td><input type="checkbox"/> Pomfo</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Alopecia</td> <td><input type="checkbox"/> Desquamazione</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Placca</td> <td><input type="checkbox"/> Nodulo</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Ulcera</td> <td><input type="checkbox"/> .....</td> </tr> <tr> <td colspan="2"><input type="checkbox"/> Prurito?</td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/> Macula	<input type="checkbox"/> Papula	<input type="checkbox"/> Pustula	<input type="checkbox"/> Vescicola	<input type="checkbox"/> Eritema	<input type="checkbox"/> Pomfo	<input type="checkbox"/> Alopecia	<input type="checkbox"/> Desquamazione	<input type="checkbox"/> Placca	<input type="checkbox"/> Nodulo	<input type="checkbox"/> Ulcera	<input type="checkbox"/> .....	<input type="checkbox"/> Prurito?	
<input type="checkbox"/> Macula	<input type="checkbox"/> Papula															
<input type="checkbox"/> Pustula	<input type="checkbox"/> Vescicola															
<input type="checkbox"/> Eritema	<input type="checkbox"/> Pomfo															
<input type="checkbox"/> Alopecia	<input type="checkbox"/> Desquamazione															
<input type="checkbox"/> Placca	<input type="checkbox"/> Nodulo															
<input type="checkbox"/> Ulcera	<input type="checkbox"/> .....															
<input type="checkbox"/> Prurito?																

LESIONI NEOPLASTICHE		Tipologia di campione:																						
<table style="width: 100%;"> <tr> <td style="text-align: right;"><b>SI</b></td> <td style="text-align: right;"><b>NO</b></td> </tr> <tr> <td>- Si invia la massa completa?.....</td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td>- Il campione include margine chirurgico? _____</td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td>- Ci sono aderenze periferiche?.....</td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td>- Si osserva linfadenopatia regionale?.....</td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td>- Calore recente? (neoplasie mammarie) _____</td> <td>_____</td> </tr> </table>	<b>SI</b>	<b>NO</b>	- Si invia la massa completa?.....	_____	- Il campione include margine chirurgico? _____	_____	- Ci sono aderenze periferiche?.....	_____	- Si osserva linfadenopatia regionale?.....	_____	- Calore recente? (neoplasie mammarie) _____	_____	Dimensioni del nodulo <b>in vivo</b> :  cm.	<table style="width: 100%;"> <tr> <td><input type="checkbox"/> Escissionale</td> <td><input type="checkbox"/> Cuneo</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Tru-cut</td> <td><input type="checkbox"/> Punch</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Post-mortem</td> <td><input type="checkbox"/> Ellisse</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Apposizione</td> <td><input type="checkbox"/> Agoaspirazione</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Endoscopia</td> <td><input type="checkbox"/> .....</td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/> Escissionale	<input type="checkbox"/> Cuneo	<input type="checkbox"/> Tru-cut	<input type="checkbox"/> Punch	<input type="checkbox"/> Post-mortem	<input type="checkbox"/> Ellisse	<input type="checkbox"/> Apposizione	<input type="checkbox"/> Agoaspirazione	<input type="checkbox"/> Endoscopia	<input type="checkbox"/> .....
<b>SI</b>	<b>NO</b>																							
- Si invia la massa completa?.....	_____																							
- Il campione include margine chirurgico? _____	_____																							
- Ci sono aderenze periferiche?.....	_____																							
- Si osserva linfadenopatia regionale?.....	_____																							
- Calore recente? (neoplasie mammarie) _____	_____																							
<input type="checkbox"/> Escissionale	<input type="checkbox"/> Cuneo																							
<input type="checkbox"/> Tru-cut	<input type="checkbox"/> Punch																							
<input type="checkbox"/> Post-mortem	<input type="checkbox"/> Ellisse																							
<input type="checkbox"/> Apposizione	<input type="checkbox"/> Agoaspirazione																							
<input type="checkbox"/> Endoscopia	<input type="checkbox"/> .....																							

<p><b>TERAPIA RECENTE</b></p> Corticoterapia negli ultimi 15 gg? _____ Altre terapie: _____	<p style="text-align: center;"><b>DIAGNOSI DIFFERENZIALE</b></p> <p>Desidera scartare/confermare una diagnosi concreta?                  Quale? _____</p>
--	---