

EBPato Vet

DIAGNÓSTICO EM PATOLOGIA VETERINÁRIA

Telefone: (62) 98166-9453

e-mail: ebpatovet@gmail.com

www.ebpatovet.wixsite.com/ebpatovet

Número de Registro: _____ (Uso interno)

Assinatura e carimbo: _____

Tipo de exame: _____ (vide tabela de preços)

DADOS DO TUTOR

Nome: _____ Tel.: _____
E-mail: _____

DADOS DO MÉDICO VETERINÁRIO

Nome: _____ Tel.: _____
E-mail: _____

DADOS DO PACIENTE E EXAME

Nome: _____ Espécie: _____ Raça: _____ Sexo: _____ Idade: _____

() Autopsia Data do óbito: ____/____/____ às ____h Data da autopsia: ____/____/____ às ____h

() Histopatológico () Citopatológico

Data da colheita do material: ____/____/____ Entrada do material no laboratório: ____/____/____

Material colhido, quantidade e fixador utilizado:

Forma de envio:

Resumo da História Clínica (sinais clínicos, evolução):

Tratamento recente/resposta:

Animais contactantes/Rebanho (casos semelhantes ocorreram?):

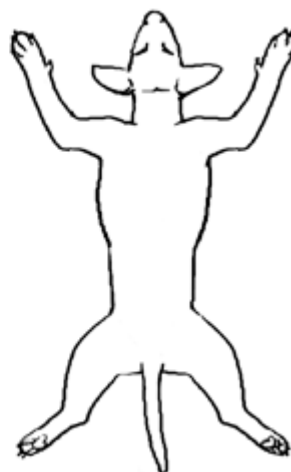
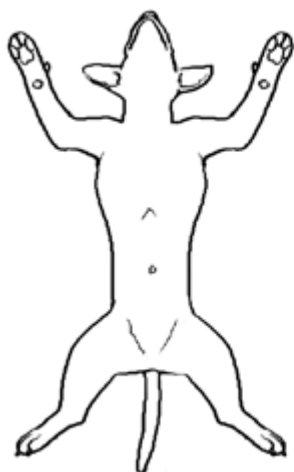
Informação nutricional (dieta, água, suplementação):

Suspeita diagnóstica:

Falecido? Sim () Não () Eutanásia Sim () Não () Congelamento Sim () Não ()

INFORMAÇÃO SOBRE LESÃO (Biopsia e citologia)

Favor inserir indicações sobre localização da lesão:



Tamanho da massa/lesão: ____X____X____ Tecido(s) envolvido(s): _____

Aspecto macroscópico: _____

Duração/taxa de crescimento: _____

A lesão foi submetida totalmente? Sim () Não () Há evidência de metástase? Sim () Não ()

CITOLOGIA (marque um)

Aspirado tecidual - CAAF () Raspado () Imprint tecidual () Outro ()