

Número de Registro: _____ (Uso interno)

Assinatura e carimbo: _____

Tipo de exame: _____ (vide tabela de preços)

DADOS DO TUTOR**DADOS DO MÉDICO VETERINÁRIO**

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

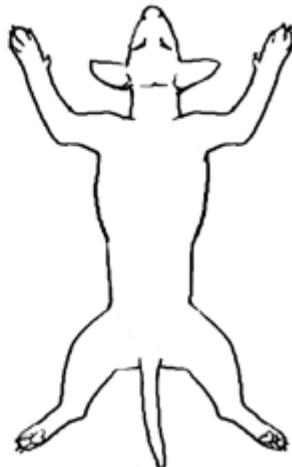
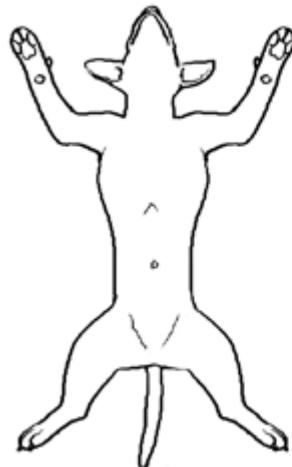
Animais contactantes/Rebanho (casos semelhantes ocorreram?):

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 ()