

CENTRO _____ LOCALIDAD _____
FACULTATIVO/A _____ TELF _____
NOMBRE ANIMAL _____ ESPECIE _____
RAZA _____ FECHA NACIMIENTO ____/____/____
SEXO ♂ ♀ FECHA Y HORA DE EXTRACCIÓN ____/____/____ : ____:____
NOMBRE DEL PROPIETARIO/A _____
TIPO DE MUESTRA _____ ANTICOAGULANTE _____



Nº REFERENCIA (a rellenar por INDILAB)

HOJA DE PETICIÓN DE ANATOMÍA PATOLÓGICA

OBSERVACIONES E IDENTIFICACIÓN (BOLO, CHIP O CROTAL):

SOLICITUD DE PRUEBAS

Aborto Biología molecular tejido Biopsia Citología D. inmunohistoquímico Necropsia a. producción Necropsia en mascotas Necropsia en aves
 Necropsia en ovino Necropsia en caprino Necropsia estética S. telemático de imagen Tinción especial

RELLENAR LOS DATOS CORRESPONDIENTES A CONTINUACIÓN:

ABORTOS

Tipo de muestra remitida:

Feto Placenta Órgano (indicar cual): _____ Muestra refrigerada Muestra en formol Muestra congelada Otras muestras

Historia clínica:

Tipo de explotación: _____ Nº de abortos / nº de animales gestantes: _____ ¿Son solo primíparas?: _____

¿Cambios recientes en la alimentación, manejo, estrés?: _____ ¿Introducción de nuevos animales recientemente?: _____ Vacunaciones: _____

Diagnósticos previos o presuntivos: _____ Tratamientos realizados: _____ Otros: _____

BIOPSIA DE ÓRGANOS INTERNOS

Tipo de muestra remitida:

Órgano (indicar cual es): _____ Muestra refrigerada Muestra en formol Muestra congelada Otras muestras

Historia clínica:

Tipo de explotación: _____ Nº total de animales: _____ Nº de animales afectados: _____ Mortalidad: _____

¿Cambios recientes en la alimentación, manejo, estrés?: _____ Signos clínicos: _____ Tipo de alimentación: _____

Diagnósticos previos o presuntivos: _____ Tratamientos realizados: _____ Otros: _____

BIOPSIA DE MUESTRAS TUMORALES

Tipo de muestra remitida:

Órgano (indicar cual es): _____ Muestra refrigerada Muestra en formol Muestra congelada Otras muestras

¿Se incluye ganglio linfático?: _____ Tamaño total: _____ Forma y consistencia: _____

Historia clínica:

Fecha de la primera observación: _____ ¿Ha sido operado con anterioridad?: _____ Fecha: _____ Crecimiento ¿encapsulado o infiltrativo?: _____

¿Tratamientos previos?: _____ Realización de improntas, aspiración o extensiones previas: _____

Datos clínicos relevantes: _____ Posible diagnóstico previo: _____

DERMATOLOGÍA

Tipo de muestra remitida:

Órgano (indicar cual) _____ Lesión local Lesión multifocal Lesión difusa Otras muestras

Historia clínica:

Tratamientos realizados: _____ Recidivas: _____ ¿Cambios recientes en la alimentación, manejo o estrés?: _____

Diagnósticos previos o presuntivos: _____ Tratamientos realizados: _____ Otros: _____

NECROPSIAS

Historia clínica:

Tipo de explotación: _____ Nº total de animales: _____ Nº de animales afectados: _____ Mortalidad: _____

¿Cambios recientes en la alimentación, manejo o estrés?: _____ Signos clínicos: _____ Tipo de alimentación: _____

Diagnósticos previos o presuntivos: _____ Tratamientos realizados: _____ Otros: _____

FIRMA Y SELLO