

CENTRO _____ LOCALIDAD _____

FACULTATIVO/A _____ TELF _____

DISTRIBUIDOR COMERCIAL _____

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:

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: _____ N° total de animales: _____ N° 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

Historia clínica:

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

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: _____ N° total de animales: _____ N° 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:



PREVECAL