

Requisição Individual para Anatomia Patológica

Nome do Animal: _____ Idade: _____ Raça: _____

Espécie: Canino Felino Outro: _____ Sexo: Macho Fêmea

Nome do Responsável: _____ Telefone: _____

Médico Veterinário: _____ Convênio: _____

CITOLOGIA

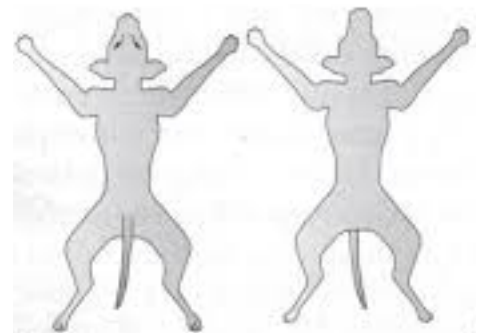
- Citologia de até 2 lâminas Citologia de 5 a 8 lâminas
 Citologia de até 4 lâminas Citologia de líquidos cavitários ou urina
 Outro: _____

HISTOPATOLOGIA

- Histopatológico de nódulo Histopatológico Cadeia Mamária
 Histopatológico de nódulo adicional Histopatológico Cadeia Mamária (margem cirúrgica)
 Histopatológico de nódulo - margem cirúrgica Histopatológico Vísceras (até 5 fragmentos)
 Histopatológico Lesão dermatológica (até 2 pçs) Histopatológico Vísceras (de 6 à 10 fragmentos)
 Histopatológico Lesão dermatológica (3 à 4 pçs) Outros: _____

CHECK-LIST

- | | | | |
|----------------------|---|---|--------------------------------------|
| Nódulo/ Lesão | <input type="checkbox"/> Superficial (Epiderme) | <input type="checkbox"/> Subcutâneo (Derme) | <input type="checkbox"/> Cavitário |
| Nódulo/ Lesão | <input type="checkbox"/> Linfodono Envolvido | <input type="checkbox"/> Múltiplos | <input type="checkbox"/> Isolado |
| Consistência | <input type="checkbox"/> Duro | <input type="checkbox"/> Firme | <input type="checkbox"/> Macio/ Mole |
| Mobilidade | <input type="checkbox"/> Fixo | <input type="checkbox"/> Móvel | |
| Coloração | <input type="checkbox"/> Esbranquiçado | <input type="checkbox"/> Enegrecido | <input type="checkbox"/> Avermelhado |
| Revestimento | <input type="checkbox"/> Ulcerado | <input type="checkbox"/> Alopecico | <input type="checkbox"/> Normal |
| Cavitação | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não | |
| Dor | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não | |
| Hemorragia | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não | |
| Seborréia | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não | |
| Prurido | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não | |
| Recidiva | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não | |



Tamanho: _____ Tempo de evolução: _____

Suspeita Clínica: _____

Histórico Clínico: _____