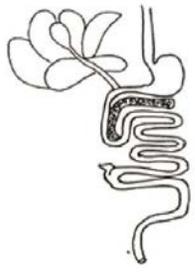
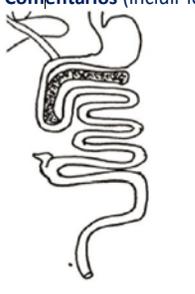


Material remitido	Biopsia <input type="checkbox"/> Cepillado <input type="checkbox"/> Lavado <input type="checkbox"/> Extracción de cuerpo extraño <input type="checkbox"/> Aspiración <input type="checkbox"/>	Nombre de la mascota _____ Especie _____ Raza _____ Género _____ Edad _____ Castrado _____ Médico Veterinario _____ Hospital / Clínica _____ Tel/Cel _____ Mail _____
#Total de especímenes		
Fecha de extracción	Fecha: _____ Fijador utilizado: _____	
Observación		DATOS DEL PROPIETARIO Nombre _____ Tel / Cel _____ Email _____

ESÓFAGO	Normal <input type="checkbox"/> Cpo. Extraño <input type="checkbox"/> Masa <input type="checkbox"/> Estenosis <input type="checkbox"/> Hernia hiato <input type="checkbox"/>	Comentarios (incluir localización). 
	Visualizadas: Válvula ileo-cólica <input type="checkbox"/> Válvula ceco-cólica <input type="checkbox"/> Ciego (gato) <input type="checkbox"/>	
	Si no se vio la válvula ileo-cólica ¿hasta dónde llego la exploración? _____	
	Lesión: Normal (0) Medio (1) Moderado (2) Severo (3)	
Hiperemia vascularización <input type="checkbox"/>	Erosión/Úlcera <input type="checkbox"/>	Contenido (moco, bilis, alimento): <input type="checkbox"/>
Decoloración <input type="checkbox"/>	Dilatación <input type="checkbox"/>	Otros: <input type="checkbox"/>
Hemorragia <input type="checkbox"/>	Esfínter gastroesofágico <input type="checkbox"/>	
ESTÓMAGO	Normal <input type="checkbox"/> Cpo. Extraño <input type="checkbox"/> Masa <input type="checkbox"/> Estenosis <input type="checkbox"/> Pólipos <input type="checkbox"/> Parásitos <input type="checkbox"/>	Comentarios (incluir localización). 
	Lugar de la (s) lesión (es): Fundus <input type="checkbox"/> Incisura <input type="checkbox"/> Cuerpo <input type="checkbox"/> Antro <input type="checkbox"/> Píloro <input type="checkbox"/>	
	Lugar de la (s) biopsia (es): Fundus <input type="checkbox"/> Incisura <input type="checkbox"/> Cuerpo <input type="checkbox"/> Antro <input type="checkbox"/> Píloro <input type="checkbox"/>	
	Lesión: Normal (0) Medio (1) Moderado (2) Severo (3)	
	Falta de insuflación del lumen <input type="checkbox"/>	
Hiperemia vascularización <input type="checkbox"/>	Friabilidad <input type="checkbox"/>	Esfínter gastroesofágico <input type="checkbox"/>
Edema <input type="checkbox"/>	Hemorragia <input type="checkbox"/>	
	Erosión / úlcera <input type="checkbox"/>	
	Paso endoscópico a través del píloro <input type="checkbox"/>	
DUEDENO	Normal <input type="checkbox"/> Cpo. Extraño <input type="checkbox"/> Masa <input type="checkbox"/> Estenosis <input type="checkbox"/> Pólipos <input type="checkbox"/> Parásitos <input type="checkbox"/>	Comentarios (incluir localización). 
	¿Hasta dónde llegó la exploración? _____	
	¿Fue (ron) vistas las papilas? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
	Lesión: Normal (0) Medio (1) Moderado (2) Severo (3)	
	Falta de insuflación del lumen <input type="checkbox"/>	
Hiperemia vascularización <input type="checkbox"/>	Friabilidad <input type="checkbox"/>	Esfínter gastroesofágico <input type="checkbox"/>
Edema <input type="checkbox"/>	Hemorragia <input type="checkbox"/>	
	Erosión / úlcera <input type="checkbox"/>	
	Paso endoscópico a través del píloro <input type="checkbox"/>	

Nombre y firma de autorización del solicitante

Lugar y fecha

Nota: El éxito del diagnóstico depende en gran medida del adecuado llenado de este formato, se solicita llenar todos los datos solicitados con letra clara legible y en imprenta. El material será conservado temporalmente.