

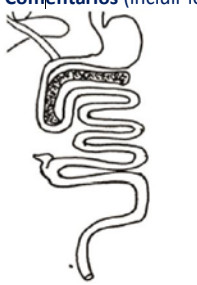


<b>Material remitido</b>	Biopsia <input type="checkbox"/> Cepillado <input type="checkbox"/> Lavado <input type="checkbox"/> Extracción de cuerpo extraño <input type="checkbox"/> Aspiración <input type="checkbox"/>	<b>Nombre de la mascota</b> _____ <b>Especie</b> _____ <b>Raza</b> _____ <b>Género</b>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

<b>ESÓFAGO</b>	Normal <input type="checkbox"/> Cpo. Extraño <input type="checkbox"/> Masa <input type="checkbox"/> Estenosis <input type="checkbox"/> Hernia hiato <input type="checkbox"/>	<b>Comentarios (incluir localización).</b> 
	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)	
<b>Hiperemia vascularización</b> <input type="checkbox"/>	<b>Erosión/Úlcera</b> <input type="checkbox"/>	<b>Contenido</b> (moco, bilis, alimento): <input type="checkbox"/>
<b>Decoloración</b> <input type="checkbox"/>	<b>Dilatación</b> <input type="checkbox"/>	<b>Otros:</b> <input type="checkbox"/>
<b>Hemorragia</b> <input type="checkbox"/>	<b>Esfínter gastroesofágico</b> <input type="checkbox"/>	
<b>ESTÓMAGO</b>	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"/>	<b>Comentarios (incluir localización).</b> 
	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)	
	<b>Falta de insuflación del lumen</b> <input type="checkbox"/>	
<b>Hiperemia vascularización</b> <input type="checkbox"/>	<b>Friabilidad</b> <input type="checkbox"/>	<b>Esfínter gastroesofágico</b> <input type="checkbox"/>
<b>Edema</b> <input type="checkbox"/>	<b>Hemorragia</b> <input type="checkbox"/>	
	<b>Erosión / úlcera</b> <input type="checkbox"/>	
	<b>Paso endoscópico a través del píloro</b> <input type="checkbox"/>	
<b>DUEDENO</b>	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"/>	<b>Comentarios (incluir localización).</b> 
	¿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)	
	<b>Falta de insuflación del lumen</b> <input type="checkbox"/>	
<b>Hiperemia vascularización</b> <input type="checkbox"/>	<b>Friabilidad</b> <input type="checkbox"/>	<b>Esfínter gastroesofágico</b> <input type="checkbox"/>
<b>Edema</b> <input type="checkbox"/>	<b>Hemorragia</b> <input type="checkbox"/>	
	<b>Erosión / úlcera</b> <input type="checkbox"/>	
	<b>Paso endoscópico a través del píloro</b> <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.