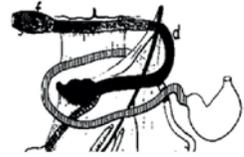


Material remitido	Biopsia <input type="checkbox"/> Cepillado <input type="checkbox"/> Lavado <input type="checkbox"/> Extracción de cuerpo extraño <input type="checkbox"/> Aspiración <input type="checkbox"/>	Nombre de la mascota _____ Especie _____ Raza _____ Género _____ Edad _____ Castrado _____ Médico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

COLON	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). 		
	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"/>	Hemorragia <input type="checkbox"/>	Estenosis <input type="checkbox"/>		
Decoloración <input type="checkbox"/>	Erosión/Úlcera <input type="checkbox"/>	Artefacto <input type="checkbox"/>		
Friabilidad <input type="checkbox"/>	Intususcepción <input type="checkbox"/>	Otros: <input type="checkbox"/>		
ÍLEON	No examinado <input type="checkbox"/> Intento de biopsia del ileon: Exitoso <input type="checkbox"/> No exitoso <input type="checkbox"/>	Comentarios (incluir localización). 		
	Intento del paso del endoscopio por la válvula íleo-cólica: Exitoso <input type="checkbox"/> No exitoso <input type="checkbox"/>			
	Biopsias tomadas por: Visualización directa <input type="checkbox"/> Paso ciego de la pinza por válvula <input type="checkbox"/>			
	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"/>			
	Lesión: Normal (0) Medio (1) Moderado (2) Severo (3)			
Falta de insuflación del lúmen <input type="checkbox"/>	Decoloración <input type="checkbox"/>	Dilatación de las vellosidades <input type="checkbox"/>		
Hiperemia vascularización <input type="checkbox"/>	Friabilidad <input type="checkbox"/>	Masa <input type="checkbox"/>		
Edema <input type="checkbox"/>	Hemorragia <input type="checkbox"/>	Textura mucosa <input type="checkbox"/>		
	Erosión úlcera <input type="checkbox"/>	Otros: <input type="checkbox"/>		
CIEGO	No examinado <input type="checkbox"/> Intento del paso al ciego (perros): Exitoso <input type="checkbox"/> No exitoso <input type="checkbox"/>	Comentarios (incluir localización). 		
	Lesión: Normal (0) Medio (1) Moderado (2) Severo (3)			
	Falta de insuflación del lúmen <input type="checkbox"/>		Decoloración <input type="checkbox"/>	Edema <input type="checkbox"/>
	Hiperemia vascularización <input type="checkbox"/>		Friabilidad <input type="checkbox"/>	
	Otros		Hemorragia <input type="checkbox"/>	
	Erosión úlcera <input type="checkbox"/>			

Diagnóstico (s) / Presuntivo (s):

Observaciones:

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.