

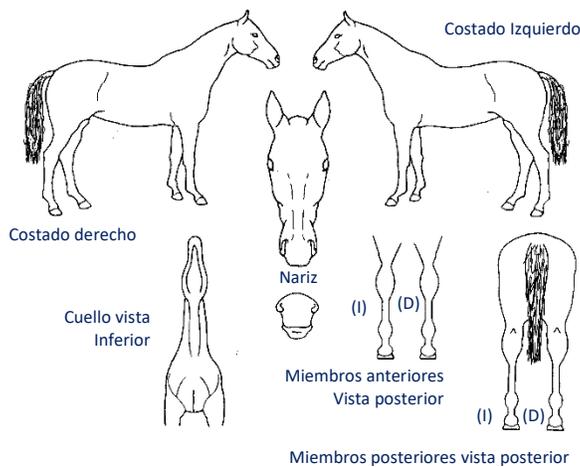
Historia clínica. (Considerar signos, diagnósticos previos, tratamientos aplicados, tiempo y respuesta al mismo).

Nombre _____
 Especie _____
 Raza _____ Género _____
 Edad _____ Castrado _____
 Médico Veterinario _____
 Hospital / Clínica _____
 Tel/Cel _____ Mail _____

DATOS DEL PROPIETARIO

Nombre _____
 Tel / Cel _____
 Email _____

| | |
|--|--|
| Material remitido y # total de especímenes: | |
| Fecha de extracción: | Fecha: _____ Incisional <input type="checkbox"/> Excisional <input type="checkbox"/> Necropsia <input type="checkbox"/> |
| Región anatómica (figura): | |
| Fijador utilizado: | |
| Características macroscópicas de la lesión: | |
| Tiempo de evolución: | |
| Medidas aproximadas: | |
| Evidencia de: | |
| - Cápsula | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> |
| - Infiltración | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> |
| - Clínica de metástasis | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> |
| - Evaluar bordes quirúrgicos | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> |
| | Otras (hemorragia, necrosis, inflamación): |
| | Estudio citológico previo: |



Diagnóstico (s) / Presuntivo (s):

Observaciones:

Nombre y firma de autorización del solicitante

Lugar y fecha