

Formulario de petición de Histopatología y Citología ocular

CÓDIGO CLIENTE	CENTRO VETERINARIO	POBLACIÓN	ETIQUETA	
PACIENTE	PROPIETARIO	MICROCHIP		
<input type="checkbox"/> perro <input type="checkbox"/> gato <input type="checkbox"/> otro _____	RAZA	FECHA DE NACIMIENTO		<input type="checkbox"/> macho <input type="checkbox"/> hembra <input type="checkbox"/> esterilizado
ORIGEN DE MUESTRA	OTROS DATOS			

Para un correcto diagnóstico, recuerde rellenar todos los datos relativos al paciente (raza, fecha de nacimiento, sexo ...)

HISTOPATOLOGÍA			
BIOP	Biopsia (Incluye histopatología de hasta 3 tejidos o lesiones)	BIGO	Biopsia globo ocular
B+CI	Biopsia + Citología estándar	PBOC	Biopsia globo ocular + Cultivo microbiológico
PCHC	Biopsia + Citología estándar + Cultivo microbiológico		

CITOLOGÍA GENERAL			
ASES	Citología estándar	P2CC	Citología estándar + Cultivo microbiológico bilateral
PC1C	Citología estándar + Cultivo microbiológico		

CITOLOGÍA FLUIDOS Y LAVADOS			
CFLU	Citología fluido biológico (humor acuoso)	CCFL	Citología fluido biológico + Cultivo microbiológico

OTRAS PRUEBAS O PERFILES (INDICAR CÓDIGO)

MATERIAL		OTROS EXÁMENES:	
Muestra remitida	<input type="checkbox"/> Globo ocular <input type="checkbox"/> Párpado <input type="checkbox"/> Membrana nictitante <input type="checkbox"/> Evisceración <input type="checkbox"/> Conjuntiva <input type="checkbox"/> Otras especificar:		
Lugar y región anatómica de la lesión:			
Número de lesiones:	<input type="checkbox"/> Ojo derecho	<input type="checkbox"/> Ojo izquierdo	
Presencia de glaucoma	<input type="checkbox"/> sí	<input type="checkbox"/> no	
¿Está el otro ojo afectado? <input type="checkbox"/> sí (indicar qué tiene)	<input type="checkbox"/> no		
Color del iris:			
HISTORIA CLÍNICA		Indicar sobre el esquema la localización de las lesiones	
Signos clínicos:			
Evolución de la lesión:			
Duración de la lesión:			
Recidiva: <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no			
Diagnóstico clínico/sospecha diagnóstica:			

IDEXX considera que el procesamiento adecuado de los datos personales es muy importante, y ha adoptado la política de privacidad que se puede encontrar en www.idexx.com/privacy

ESTA CARA ES PARA USO EXCLUSIVO DEL LABORATORIO

Número de botes:

Fecha:

ID de los botes:

Tallador:

Número de fragmentos:

HOJA DE TALLADO DE OJOS

TIPO DE MUESTRA RECIBIDA	<input type="checkbox"/> Ojo disecado	EL TALLADOR ELIMINA TEJIDO EXTRA	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
	<input type="checkbox"/> Ojo no disecado	OJO INCIDIDO/COLAPSADO	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
	<input type="checkbox"/> Ojo + MN	MEDIDAS	Pieza entera:	
	<input type="checkbox"/> Ojo + anejos		Ojo en sí:	

ORIENTACIÓN DE LA SECCIÓN	<input type="checkbox"/> V	<input type="checkbox"/> H	<input type="checkbox"/> O	<input type="checkbox"/> No orientable
POSICIÓN CRISTALINO	<input type="checkbox"/> OK	Lux/sublux: <input type="checkbox"/> Ant <input type="checkbox"/> Post	<input type="checkbox"/> Afaquia/ausente	<input type="checkbox"/> LIO
CONSISTENCIA DEL VÍTREO	Normal: <input type="checkbox"/>			
	Solidificado: <input type="checkbox"/> Translúcido	<input type="checkbox"/> Opaco	<input type="checkbox"/> Hemorragia	<input type="checkbox"/> Purulento
	Liquefacto: <input type="checkbox"/> +	<input type="checkbox"/> ++	<input type="checkbox"/> +++	
DR	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> Desgarro	<input type="checkbox"/> N/V
EXCAVACIÓN NO	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> N/V	

LESIONES (solo rellenar si es pertinente)

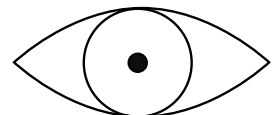
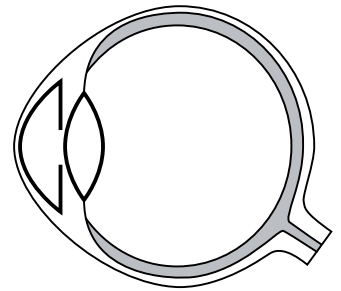
Anejos (párpado, NM, conjuntiva, órbita)

Córnea/Esclera

Úvea anterior y CA/CP

Cristalino

Segmento posterior



Secciones:	Bloques:	<input type="checkbox"/> IP <input type="checkbox"/> SIT
-------------------	-----------------	--