

Formulario de petición de Histopatología y Citología

| | | | | |
|---|--------------------|---------------------|----------|--|
| 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 GENERAL | | | |
|------------------------|--|-------------|--|
| BIOP | Biopsia (hasta 3 tejidos o lesiones, excepto tejidos grandes, específicos o médula ósea) | BLAR | Biopsia + Citología lavado respiratorio |
| BO+ | Biopsia plus (hasta 3 tejidos o lesiones, excepto tejidos grandes, específicos o médula ósea) | BLAC | Biopsia + Citología lavado respiratorio + Cultivo microbiológico |
| BOG | Biopsia tejidos grandes (bazo, cadenas mamarias de 4 o más glándulas, amputaciones o mandibulectomías) | PC2B | Biopsia + Cultivo de Dermatofitos |
| B+CI | Biopsia + Citología estándar | PBCU | Biopsia + Cultivo de orina |
| PCHC | Biopsia + Citología estándar + Cultivo microbiológico | PC1B | Biopsia + Cultivo microbiológico |
| BFL | Biopsia + Citología fluido biológico | P2CB | Biopsia + Cultivo microbiológico bilateral |
| BFLC | Biopsia + Citología fluido biológico + Cultivo microbiológico | PBLI | Biopsia + Estudio fluido cavitario |
| | | PBLC | Biopsia + Estudio fluido cavitario + Cultivo microbiológico |

| HISTOPATOLOGÍA TEJIDOS ESPECÍFICOS | | | |
|------------------------------------|-------------------------------|-------------|---|
| BIEN | Biopsia endoscópica digestiva | PBHC | Biopsia hepática + Cultivo microbiológico |
| BIOH | Biopsia hepática | BIOF | Biopsia oral felina |

| CITOLOGÍA GENERAL | | | |
|-------------------|--|-------------|---|
| ASGA | Citología de linfonodos | P2CC | Citología estándar + Cultivo microbiológico bilateral |
| ASES | Citología estándar (Incluye hasta 2 localizaciones diferentes) | PCMO | Estudio médula ósea (Incluye hemograma) |
| PCOL | Citología estándar + Cultivo de orina | PPMO | Estudio de médula ósea + Biopsia de médula ósea |
| PC1C | Citología estándar + Cultivo microbiológico | | |

| CITOLOGÍA FLUIDOS BIOLÓGICOS Y LAVADOS | | | |
|--|---|-------------|---|
| CFLU | Citología fluido biológico (orina, quistes, bilis, lavado prostático, absceso...) | PCUL | Estudio fluido cavitario + Cultivo microbiológico |
| CCFL | Citología fluido biológico + Cultivo microbiológico | PC2L | Estudio fluido cavitario + Cultivo microbiológico bilateral |
| ELAV | Citología lavado respiratorio (broncoalveolar, nasal, traqueal) | EFPP | Estudio fluido pleural felino plus |
| ELAC | Citología lavado respiratorio + Cultivo microbiológico | FLU3 | Estudio fluido sinovial |
| ELC2 | Citología lavado respiratorio + Cultivo microbiológico bilateral | EFSC | Estudio fluido sinovial + Cultivo microbiológico |
| CCOR | Citología orina + Cultivo de orina | EFSC | Estudio fluido sinovial + Cultivo microbiológico bilateral |
| UCIC | Citología orina + Urianálisis completo + Cultivo de orina | LIQ | Estudio líquido cefalorraquídeo |
| EFCA | Estudio fluido cavitario (abdominal, pericárdico o pleural) | LCRC | Estudio líquido cefalorraquídeo + Cultivo microbiológico |

OTRAS PRUEBAS O PERFILES (INDICAR CÓDIGO)

| MATERIAL | Indicar sobre el esquema la localización de las lesiones | |
|--|--|----------------|
| HISTOLÓGICO Extirpación: <input type="checkbox"/> total <input type="checkbox"/> parcial <input type="checkbox"/> ¿de qué órgano? _____ <input type="checkbox"/> nodulectomía <input type="checkbox"/> biopsia <input type="checkbox"/> modalidad _____ | DORSAL | VENTRAL |
| CITOLÓGICO <input type="checkbox"/> aspirado <input type="checkbox"/> impronta <input type="checkbox"/> otro: _____ | | |
| MICROBIOLÓGICO (en perfiles combinados) _____ | | |
| LOCALIZACIÓN _____ | | |
| Número de muestras enviadas _____ <input type="checkbox"/> solitaria <input type="checkbox"/> múltiple Número de lesiones _____ | | |
| SE ENVIA LA MUESTRA DE FORMA <input type="checkbox"/> completa <input type="checkbox"/> parcial | PERFIL | |
| SOLICITA MARGENES QUIRÚRGICOS <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no | | |
| HISTORIA Y SOSPECHA CLÍNICA: | | |

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



IDEXX eLab – Realice cómodamente sus peticiones online, para más información Tel. 916 376 317 o 932 672 660.

IDEXX Laboratorios S.L.
Tel. 916 376 317 y Tel. 932 672 660
laboratorio@idexx.com · www.idexx.es



ESTA CARA ES PARA USO EXCLUSIVO DEL LABORATORIO

| TÉCNICO | FECHA |
|--|---------------------------|
| Número de muestra: | Número de botes enviados: |
| Número de botes procesados: | Identificación botes: |
| Número de lesiones indicadas en la historia clínica: | |
| Número de tejidos procesados: | |
| Descripción macroscópica: | |
| Número de cortes de tejido realizados: | |
| Número de bloques realizados: | |