



Data
 Numero
 Campione

Riservato
accettazione

RICHIESTA DI ESAME ISTOLOGICO PER BIOPSIE CUTANEE / TUMORI CUTANEI

PROPRIETARIO:
 Nome e Cognome: _____
 Indirizzo: _____
 CAP e Città: _____
 Tel: _____
 Email: _____
 Fatturare al proprietario: (indicare Cod. Fisc.
 o Part. I.V.A.): _____

MEDICO VETERINARIO:
 Nome e Cognome: _____
 Indirizzo: _____
 CAP e Città: _____
 Tel: _____
 Email: _____
 Part. I.V.A.: _____
 Cod. Fisc.: _____

SEGNALAMENTO: Razza: _____ Colore mantello: _____
 Sesso: M F MC Età: _____

EVOLUZIONE DELLA DERMATOPATIA

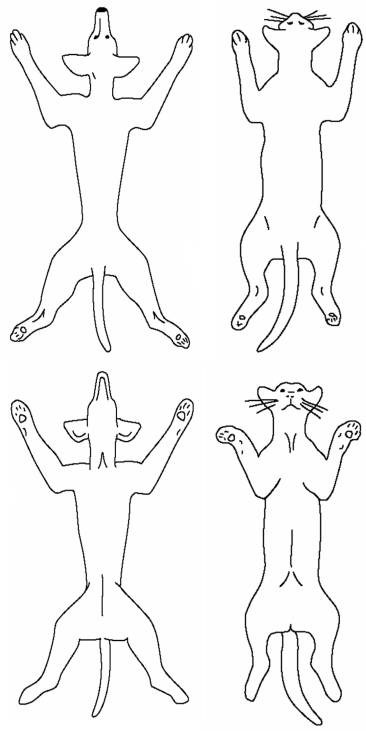
Data di insorgenza: _____
 Tipo di evoluzione: Rapida Lenta Recidivante Altro: _____

DISTRIBUZIONE DELLE LESIONI

(indicare con una croce)

Lesioni

- Macula
- Placca
- Papula
- Vescicola
- Bolla
- Pustola
- Pomfo
- Nodulo
- Squama
- Collaretto
- Ulcera
- Erosione
- Croste
- Ipercheratosi
- Iperpigmentazione
- Depigmentazione
- Eritema
- Alopecia
- Atrofia
- Sclerosi



Prurito

- Si No
- Intenso
- Lieve
- Occasionale
- Costante
- Intermittente

Tipo di biopsia

- Citologico
- Istologico

Localizzazione della biopsia o dell'escissione

(indicare con un cerchio)

ANALISI DI LABORATORIO

Tricogramma _____

 Scotch test _____

 Esame citologico _____

 Esami ematologici _____

Raschiato cutaneo _____

 Esame con lampada di Wood _____

 Esame culturale batterico _____

 Esami endocrinologici _____

TERAPIA Già trattato? No Si
 Quale farmaco? _____
 Da quanto tempo? _____
 Risposta alla terapia: Si No Parziale Temporanea

Per ulteriori notizie anamnestiche e comunicazioni, si prega di utilizzare la pagina successiva



Data	Riservato accettazione
Numero	
Campione	

RICHIESTA DI ESAME ISTOLOGICO PER BIOPSIE CUTANEE / TUMORI CUTANEI

LESIONI NEOPLASTICHE

(indicare con una croce la sede del tumore)

Prima escissione Recidiva

Descrizione macroscopica:

Esame citologico: No Si: _____

Il campione escisso è stato inviato:

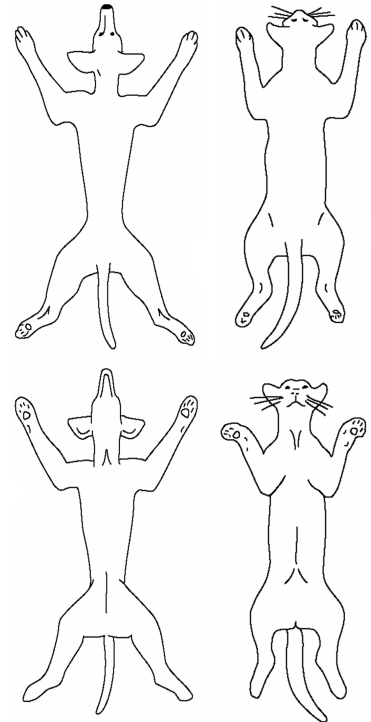
in toto in parte

Interessamento dei linfonodi regionali:

Si No

Si richiede valutazione margini? Si

Identificazione dei margini: _____



SPAZIO PER ULTERIORI NOTIZIE ANAMNESTICHE E COMUNICAZIONI