

MODULO RICHIESTA – ESAME ISTOLOGICO

DATI CLIENTE

Veterinario referente: _____

Struttura: _____

Telefono: _____

Invio del referto a:

E-mail (1): _____

E-mail (2): _____

DATI PER LA FATTURAZIONE

Nome/struttura: _____

Via: _____

Città: _____

CAP: _____

CF/P.Iva: _____

E-mail: _____

DATI PAZIENTE

Proprietario: _____

Nome Paziente: _____

Specie:

Cane Gatto Equino

Bovino Suino Coniglio

Razza: _____

Data di nascita: _____

Sesso:

M M castrato

F F sterilizzata

Colore mantello: _____

Peso: _____ Taglia: _____

Microchip: _____

PRESTAZIONE RICHIESTA

ESAME ISTOLOGICO STANDARD [002641]

Esame istologico di un singolo campione SENZA valutazione dei margini chirurgici.

ESAME ISTOLOGICO SU CAMPIONE OLTRE AL PRIMO [002650]

Esame istologico di un ulteriore campione oltre al primo esaminato valutazione

ESAME ISTOLOGICO DI NEOPLASIA CON VALUTAZIONE DEI MARGINI CHIRURGICI [002644]

Include istotipo e valutazione istologica dei margini di escissione chirurgica

ESAME ISTOLOGICO LINFOMA [002504]

Include istotipo e immunofenotipo (anticorpi CD3 e CD79a)

ESAME ISTOLOGICO SPLENICO [002642]

Include l'allestimento di almeno 5 sezioni istologiche a partire da organo in toto

ESAME ISTOLOGICO MAMMARIO [002643]

Include esame istologico di noduli multipli, grado istologico ed eventuale esame istologico del/i linfonodo/i regionale/i

ESAME ISTOLOGICO DERMATOLOGICO [002646]

Include l'allestimento di sezioni seriali colorate con EE , PAS.

BIOPSIE GASTROENTERICHE [002647]

Include l'esame istologico di biopsie gastroenteriche multiple

BIOPSIE EPATICHE [002648]

Include l'allestimento di sezioni seriali colorate con EE , PAS ,Masson, Reticolina e Rodanina

BIOPSIE UTERINE CAVALLA [002649]

Include l'allestimento di sezioni seriali colorate con EE e Masson

SECONDE OPINIONE [002212]

Include l'esame istologico su preparati già allestiti e refertati presso altri laboratori

MODULO RICHIESTA – ESAME ISTOLOGICO

ANAMNESI

(Specificare caratteristiche dei campioni conferiti, storia clinica recente, sintomi, trattamenti effettuati, eventuali sospetti diagnostici)

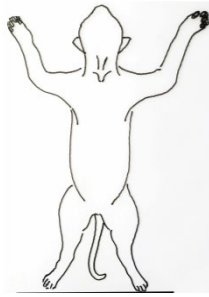
Se richiesta la valutazione istologica dei **margini chirurgici**, specificare come sono stati identificati:

ASPETTO DELLA/E LESIONE/I

(in caso di lesioni cutanee o sottocutanee indicare nel disegno la sede di campionamento)



DORSALE



VENTRALE

SEDE _____

DIMENSIONI _____

PRESENTE DA _____

Alopecica Ulcerata Pruriginosa

Data del prelievo: _____

Tipo di prelievo:

Bioptico Chirurgico Autoptico

Fissativo:

Formalina _____

All'eventuale attenzione del Dott./Prof

I campioni esaminati, inclusi in paraffina, verranno conservati per un tempo illimitato. Il materiale biologico rimanente, conservato in formalina, verrà smaltito dopo 6 mesi; pertanto eventuali integrazioni devono essere richieste immediatamente dopo la consegna del referto

Con la consegna del campione ai fini diagnostici si acconsente automaticamente all'utilizzo degli stessi a fini di ricerca. Barrare la casella a fianco se **NON SI ACCONSENTE** all'utilizzo del campione ai fini di ricerca.

Data _____

Firma _____

Sottoscrivendo il presente modulo acconsento al trattamento dei dati personali nel rispetto del D.Lgs 101/2018