GENEPET LABORATORIO ESPECIALIZADO	**HOJA DE PEDIDO ANATOMÍA PATOLÓGICA** **Laboratorio especializado Genepet** Ruc: 1793203364001 Telf: 025180211-0999025100-0984508441 Dir: Isla Floreana E8-129 y Shyris. Edificio El Sol. Oficina 404-405	No. Secuencial: ……

1. DATOS DEL REMITENTE	
EMPRESA/CLINICA/ HOSPITAL:	DIRECCIÓN:
RUC:	TELEFONO:
CÓDIGO DE ASOCIADO:	CORREO ELECTRÓNICO:

2. DATOS DEL PACIENTE

No.	NOMBRE	ESPECIE	RAZA	EDAD	SEXO	ESTERILIZADO FECHA

3. MATERIAL

COTOLOGÍA:	ASPIRADO	IMPRONTA	RASPADO	OTRO
HISTOLOGÍA:	EXTRIPACIÓN TOTAL	EXTRIPACIÓN PARCIAL	NODULECTOMÍA	BIOPSIA-ÓRGANO
NECROPSIA:	ADULTO	FETO	NOTAS:	

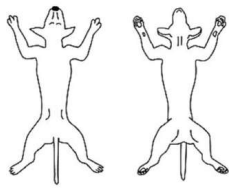
4. PRUEBA SOLICITADA

	BIÓPSIAS		TINCIONES
	Biópsia sencilla (2 tejidos procedentes del mismo paciente)		Tinciones de marcador especifico-1 marcador)
	Biópsia múltiple (3 o más tejidos u órgano completo mismo paciente)		Tinciones especiales (Giemsa, GmS II (grocott), hierro, Jones, retículo, rojo congo, zhiel,tricrómico, PAS
	CITOLOGÍAS		
	Citología simple especial (hasta 3 extensiones del mismo paciente)		
	OTROS		
	Cálculo Biliar u Otro		Citobacteriológico (Citológico, Bacter., Nickeson)
	Estudios Citoquímicos de Líquidos		

5. LESIONES

NÚMERO DE LESIONES:			**REGIÓN ANATÓMICA (OBLIGATORIO INDICAR):**				
Distribución:	Aislada	Múltiple	Presentación de la lesión:	Adherida	Móvil	Ulcerada	Noulcerada
Cápsula:	Sí	No	Metástasis:	Sí		No	
Lesiones cutáneas:							
Mácula	Pápula	Nódulo	Eritma	Pústula	Urticaria		
Pérdida de peso/alopecia:		Local	Difusa	Simétrica	Ninguna		
Estado y aspecto pelo:		Graso	Seco	Frágil	Normal		
Engrosamiento piel:	Sí	No	Hiperpigmentación	Sí	No		
Úlceras:	Sí	No	Cicatrices	Sí	No		
Prurito:	Sí	No	Contácto con otros animales	Sí	No		
Dermatopía:	Sí	No	Terapias anteriores:				
Ectoparásitos:	Sí	No	Cambio ambiente	Sí	No		
Empeoramiento:	Mañana	Tarde	Interior	Exterior	Estación		
Alimentación:	Comercial húmeda	Comercial seca	Otra:				
Otros resultados laboratorios							
Parasitología:			Alergias:				
Micología:			Hematología:				
Microbiología:			Endocrinología:				

ESQUEMA : señala localización de lesiones. Nota: cubrir también campo de "región anatómica"



6. NOMBRES, FECHA Y FIRMA DEL REMITENTE DE LA(S) MUESTRA(S):		**7. NOMBRES, FECHA Y FIRMA DE QUIÉN RECIBE LA(S) MUESTRA(S):**	
NOMBRES: FIRMA	FECHA:	NOMBRES: FIRMA:	FECHA: