



Skierowanie na badanie histopatologiczne

Weterynaryjne Laboratorium Diagnostyczne Anatomico-Histopatologiczne
Katedra Anatomii Patologicznej
Wydział Medycyny Weterynaryjnej
Uniwersytet Warmińsko-Mazurski w Olsztynie
ul. Oczapowskiego 13
10-717 Olsztyn

Kontakt: tel. 89 523 32 22, e-mail: patologia@uwm.edu.pl; www.wet.uwm.edu.pl

1. Przesyłający lekarz weterynarii: Pieczęć Zakładu E-mail: _____	2. Właściciel: Nazwisko: _____ Imię: _____ Ulica: _____ Miejscowość, kod: _____	3. Histopatologia/cytologia: <input type="checkbox"/> zmiana o charakterze nowotworowym <input type="checkbox"/> zmiana o charakterze zapalnym <input type="checkbox"/> cała zmiana <input type="checkbox"/> wycinek Cytologia <input type="checkbox"/> punkt _____ <input type="checkbox"/> rozmaz cytologiczny _____ <input type="checkbox"/> odcisk zmiany
4. Materiał przesyłany w: <input type="checkbox"/> formalinie <input type="checkbox"/> płynie fizjologicznym		
5. Wynik wysłać: <input type="checkbox"/> e-mail <input type="checkbox"/> poczta (dodatkowa opłata)		6. Forma płatności: <input type="checkbox"/> Faktura (NIP) _____ <input type="checkbox"/> gotówka
7. Dane pacjenta: Płeć: <input type="checkbox"/> ♀ <input type="checkbox"/> ♂ Gatunek: <input type="checkbox"/> Pies <input type="checkbox"/> Kot <input type="checkbox"/> Inny gatunek: _____ Rasa: _____ Wiek: _____ Imię zwierzęcia: _____ Data pobrania materiału: _____ Numer wcześniejszych badań HP/cytologii: _____		
8. <input type="checkbox"/> Histopatologia <input type="checkbox"/> Ocena marginesu cięcia <input type="checkbox"/> Cytologia <input type="checkbox"/> Barwienia dodatkowe: _____ <input type="checkbox"/> Barwienia immunohistochemiczne - panel: _____ (według cennika)		
9. Charakter zmiany: Tempo wzrostu: <input type="checkbox"/> naciekowy <input type="checkbox"/> wznowa <input type="checkbox"/> szybkie _____ <input type="checkbox"/> ogniskowy <input type="checkbox"/> przerzut <input type="checkbox"/> wolne _____ <input type="checkbox"/> rozszany/ wielogniskowy Wielkość zmiany: _____		
10. Opis zmian/narządów: _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____	12. Miejsce pobrania zmiany <input type="checkbox"/> skóra <input type="checkbox"/> tkanka podskórna <input type="checkbox"/> mięśnie Okolica ciała _____ <input type="checkbox"/> narząd _____ <input type="checkbox"/> jama ciała _____	
11. Podejrzanie: _____ _____		

Węzły chłonne/obraz kliniczny:

Powiększone węzły chłonne:

- pojedyncze jednostronnie
 mnogie obustronnie

Cechy:

- bolesne przesuwalne ciepłe
 niebolesne nieprzesuwalne twarde

Lokalizacja _____

Dotychczasowe leczenie:
zastosowany preparat/czas terapii/skuteczność

Zmiany ustąpiły po terapii tak nie

Zmiany powróciły po terapii tak nie

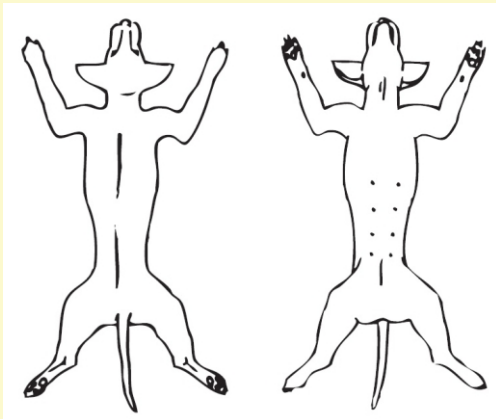
Profil dermatologiczny:

- Stadium początkowe: tak nie
Zmiany po zastosowanym leczeniu: tak nie
Wcześniejsze problemy dermatologiczne: tak nie
Zmiany występujące u innych zwierząt: tak nie
Świąd tak nie
Występowanie sezonowe tak nie

Charakter zmiany:

- zmiana guzowata
 wyłysienie
 depigmentacja
 hiperpigmentacja
 nadmierne rogowacenie
 otarcie
 modzel
 rozlane zgrubienie (plytka)
 zmiany pazura
 zmiany poduszki palca
 liszaj
 łupież
 rumień
 zaskórnik
 plamka
 grudka
 łuska
 krosta
 pęcherzyk
 pęcherz
 nadżerka
 wrzód
 brodawka
 inne _____

Rozmieszczenie zmian skórnych:



Strona grzbietowa

Strona brzuszna

Wcześniejsza diagnostyka: _____

Diagnostyka różnicowa: _____

Dotychczasowe leczenie:
zastosowany preparat/czas terapii/skuteczność

Zmiany ustąpiły po terapii tak nie

Zmiany powróciły po terapii tak nie