



espacio para el laboratorio	
Nº referencia	Fecha llegada

REMITENTE
Clínica:
email:
tel.:

Propietario:
Nombre animal:
Especie: Raza:
Edad: Sexo ♀ ♂ castrado

Tipo de muestra:
 Aspirado
 Impronta
 Otro (especificar)

Órgano de origen remitido: _____
Nódulo subcutáneo SI___ NO___
Nº. citologías: _____

HISTORIA CLÍNICA

Continuar detrás si falta espacio

DISTRIBUCIÓN

ventral dorsal

LESIONES TUMORALES SI NO

- ¿Se detecta linfadenopatía regional?. ___ ___

- ¿Celo reciente? (tumores de mama)..... ___ ___

- Tamaño del nódulo in vivo (cm):

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

¿Desea descartar/confirmar un diagnóstico concreto?
¿Cuál?

TERAPIA RECIENTE

¿Corticoterapia en los últimos 15 días? _____

Dosis y tipo de corticoide:

Otras medicaciones: