



НАПРАВЛЕНИЕ НА ИССЛЕДОВАНИЕ (цитологическое, гистологическое, ИГХ)

г. Минск, ул Пономаренко 35а
+375 29 183 20 10 (viber)
+375 17 388 20 28

*Номер образца _____ Дата получения _____
Количество кассет _____ Количество фрагментов _____
*заполняется в лаборатории

КЛИНИКА

Название _____ Врач _____
Номер телефона _____ Эл. Почта _____

(обязательно)

_____ Только исследование _____ исследование и консультация

ВЛАДЕЛЕЦ

ФИО _____

ПАЦИЕНТ

Кличка _____ Возраст _____
Порода _____ Пол _____ самка _____ самец
Физиол. статус _____ кастрат _____ не кастрат
Вид животного _____ собака _____ кошка _____ грызун _____ другое _____

(обязательно для ОМЖ)

ДАННЫЕ ОБ ОБРАЗЦЕ

Дата забора материала _____ фиксированный (**10% формалин**) _____ свежий

Тип образца

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Опухоль(целиком) | <input type="checkbox"/> Инцизионная биопсия |
| <input type="checkbox"/> Аспират | <input type="checkbox"/> Выпот(плевральный, брюшной) |
| <input type="checkbox"/> Опухоль (фрагмент) | <input type="checkbox"/> Трепан-биопсия |
| <input type="checkbox"/> Соскоб | <input type="checkbox"/> ТИБ |
| <input type="checkbox"/> Готовые стекла | <input type="checkbox"/> Эндоскопия |
| <input type="checkbox"/> Некропсия | <input type="checkbox"/> Мазок отпечаток |
| <input type="checkbox"/> Лаваж | <input type="checkbox"/> Блоки |

Локализация

Описание поражения



АНАМНЕЗ (ИСТОРИЯ, ЛЕЧЕНИЕ)/ЛАБОРАТОРНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ /ДИФФ. ДИАГНОЗЫ

