



## DADOS DO SOLICITANTE

Entidade:	
Médico(a) Veterinário(a):	CRMV:
E-mail:	Tel/Fax:

## DADOS DO PACIENTE

Nome:	Proprietário:		
Espécie:	Raça:	Sexo:	Nascimento:

## MATERIAL ENVIADO PARA EXAME:

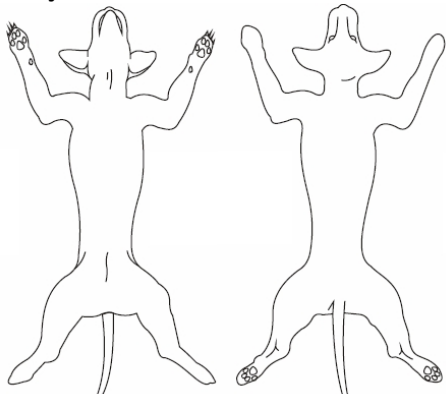
<input type="checkbox"/> Necroscópico	<input type="checkbox"/> Citopatológico de líquido
<input type="checkbox"/> Necroscópico conservativo	<input type="checkbox"/> Citologia vaginal
<input type="checkbox"/> Histopatológico de necropsia	<input type="checkbox"/> Citologia retal
<input type="checkbox"/> Histopatológico (biopsia incisional)	<input type="checkbox"/> Citologia ótica
<input type="checkbox"/> Histopatológico (peça cirúrgica)	<input type="checkbox"/> Avaliação de margens
<input type="checkbox"/> Citopatológico de tecido sólido	<input type="checkbox"/> Outro: _____

## DESCRIÇÃO DO MATERIAL/LESÃO

Local da lesão:	Dimensões:
Tempo de evolução:	Consistência:
Superfície e coloração:	
<input type="checkbox"/> Sésil <input type="checkbox"/> Pedunculado <input type="checkbox"/> Botão <input type="checkbox"/> Aderido a planos adjacentes <input type="checkbox"/> Outro:	
Outras características:	

## HISTÓRICO CLÍNICO / TRATAMENTOS / RESPOSTA TERAPÊUTICA

--	--

<b>Localização das lesões:</b> 	<b>Suspeita clínica:</b>
	<b>Informações adicionais:</b>
	<b>Data, assinatura e carimbo do solicitante:</b>