

Nome/RG: _____ Espécie: _____ Raça: _____
Idade: _____ Sexo: () Macho () Fêmea
Tutor(a): _____ Requisitante: _____ CRMV: _____
E-mail: _____ Celular: _____ Clínica: _____

ROTINA URGÊNCIA

DATA ENTRADA: / / RG LAB:

HISTÓRICO \ SUSPEITA CLÍNICA

ANATOMIA PATOLÓGICA

- Citologia (1 lesão – até 4 lâminas)
- Citologia (2 lesões – até 8 lâminas)
- Biópsia simples (1 fragmento)
- Biópsia (2 lesões com mesma suspeita)
- Biópsia (2 lesões com suspeitas distintas)
- Biópsia simples (1 fragmento) com avaliação de margens
- Biópsia simples (1 fragmento) com avaliação de margens e Pesquisa de metástase em linfonodo
- Biópsia, Pesquisa de metástase em linfonodo
- Exame histopatológico de dermatopatia (3 pontos distintos)
- Cadeia mamária (até tres nódulos)
- Cadeia mamária (até tres nódulos) + Pesquisa de metástase em linfonodo
- Cadeia mamária (até tres nódulos) com avaliação de margens
- Cadeia mamária (até três nódulos) com avaliação de margens e pesquisa de metástase
- Peça cirúrgica (Baço, amputação, peças grandes)

LOCALIZAÇÃO

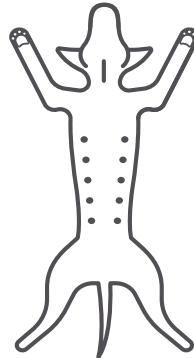
- Epidérmico
- Dérmico
- Órgão: _____
- Líquido cavitário

TIPO

- Nodular
- Cístico
- Placa
- Tamanho: _____

- | | | |
|---------------|-------------------------------------|-------------------------------------|
| CONSISTÊNCIA: | <input type="checkbox"/> Dura/firme | <input type="checkbox"/> Mole/macia |
| ALOPECIA: | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não |
| PIGMENTAÇÃO: | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não |
| MOBILIDADE: | <input type="checkbox"/> Fixa | <input type="checkbox"/> Móvel |
| REVESTIMENTO: | <input type="checkbox"/> Normal | <input type="checkbox"/> Ulcerado |
| SECREÇÃO: | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não |
| INFLAMAÇÃO: | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não |
| RECIDIVA: | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não |
| LESÃO: | <input type="checkbox"/> Isolada | <input type="checkbox"/> Múltipla |
| LIMITES: | <input type="checkbox"/> Definido | <input type="checkbox"/> Invasivo |

VISTA VENTRAL



VISTA DORSAL

