



Solicitação de Exame Anatomopatológico

Tumores Mamários

ID SOVET: _____

Data entrada: ____/____/2016

Valor: _____

ID Ficha Clínica: _____ Data da Cirurgia: ____/____/2016

Veterinário: _____ Clínica: _____

E-mail Veterinário: _____ E-mail clínica: _____

Nome do Tutor: _____ Telefone: _____

Endereço/e-mail Tutor: _____

Nome Paciente _____ Espécie: _____ Raça: _____ Sexo: _____

Idade: _____ Peso _____ Escore corporal: _____

Status Reprodutivo: () não castrada () castrada () não inf Contraceptivos: () Não () Sim () não inf

Resultados de Exames complementares: Citologia: _____

Rx: _____ Outro: _____

Estadiamento Clínico: (T) Tamanho do tumor (cm) : _____

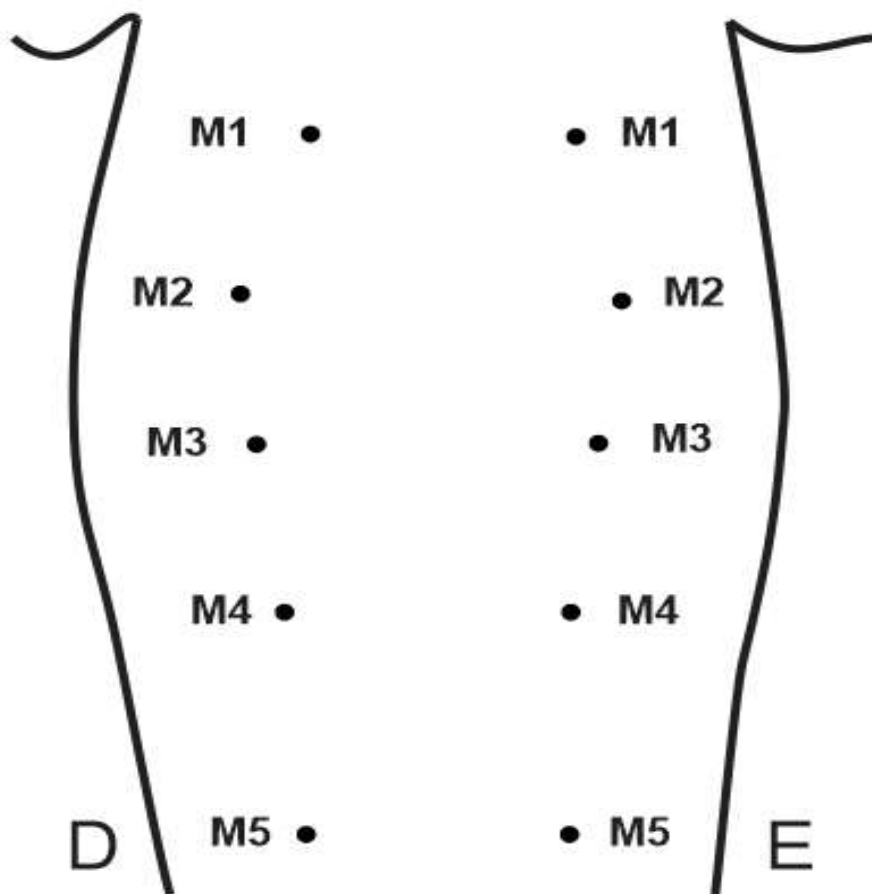
(N) Comprometimento de linfonodos: () Não () Sim Qual(is): _____

(M) Metástases: () Não () Sim Local: _____

Nº de amostras: _____ Material enviado: _____

Suspeita clínica: _____

História Clínica: _____



Legenda da Resenha

UL: ulcerado

AD: aderido

NA: Não aderido

FI: Firme

MA: Macio