

SOLICITUD

Nombre del paciente	Fecha	Atendentes médicos
Especie	Propietario	
Raza	Clínica Veterinaria	
Edad	Médico veterinario	Firma médico veterinario
Sexo	Mail	

Procedencia de la muestra

<input type="checkbox"/> PAF	<input type="checkbox"/> PAAF	<input type="checkbox"/> Impronta	<input type="checkbox"/> Hisopado
------------------------------	-------------------------------	-----------------------------------	-----------------------------------

Identifique la lesión

Aspecto:	<input type="checkbox"/> Tumoral	<input type="checkbox"/> No tumoral	Bordes:	<input type="checkbox"/> Bien delimitados	<input type="checkbox"/> No delimitados
Curso:	<input type="checkbox"/> Agudo (días/sem)	<input type="checkbox"/> Crónico(meses/años)	Otros tumores:	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
Distribución:	<input type="checkbox"/> Única	<input type="checkbox"/> Múltiples	<input type="checkbox"/> Focos	<input type="checkbox"/> Difusa	
Forma:	<input type="checkbox"/> Esférica	<input type="checkbox"/> Ovoide	<input type="checkbox"/> Placa	<input type="checkbox"/> Irregular	<input type="checkbox"/> Otra

Ubicación (completar con diagrama)

