

Solicitud de análisis histopatológico

CASO No.	<input type="text"/>		
ENTIDAD	<input type="text"/>		
FECHA TOMA DE MUESTRA	<input type="text"/>	FECHA ENVÍO	<input type="text"/>

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

NOMBRE	<input type="text"/>	ESPECIE	<input type="text"/>	RAZA	<input type="text"/>	SEXO	M <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>
EDAD	<input type="text"/>	TIEMPO DE EVOLUCIÓN	<input type="text"/>	HISTORIA CLÍNICA	<input type="text"/>			

INFORMACIÓN DEL PROPIETARIO

NOMBRE	<input type="text"/>
--------	----------------------

INFORMACIÓN DEL MÉDICO VETERINARIO


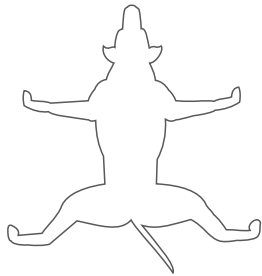

NOMBRE	<input type="text"/>	MATRÍCULA PROFESIONAL	<input type="text"/>	ENTIDAD	<input type="text"/>
TELÉFONO	<input type="text"/>	CELULAR	<input type="text"/>	CORREO	<input type="text"/>

ANTECEDENTES

Historia, signos clínicos, tratamientos

DIAGNÓSTICO PRESUNTIVO	<input type="text"/>
------------------------	----------------------

TIPO DE MUESTRA	<input type="radio"/> BIOPSIA	<input type="radio"/> NECROPSIA	<input type="radio"/> PAFF	<input type="radio"/> ISOPADO	<input type="radio"/> IMPRONTA
-----------------	-------------------------------	---------------------------------	----------------------------	-------------------------------	--------------------------------

UBICACIÓN ANATÓMICA	CABEZA	DORSAL	VENTRAL
CAVIDAD <input type="text"/>			
ÓRGANO <input type="text"/>			

NÚMERO DE MASAS	<input type="radio"/> FIJA	<input type="radio"/> MÓVIL	<input type="radio"/> SÓLIDA	<input type="radio"/> BLANDA	<input type="radio"/> CAVITADA	<input type="radio"/> HEMORRÁGICA	<input type="radio"/> ULCERADA
-----------------	----------------------------	-----------------------------	------------------------------	------------------------------	--------------------------------	-----------------------------------	--------------------------------

TAMAÑO DE LA(S) MASA(S)	ANCHO	<input type="text"/>	LARGO	<input type="text"/>	PROFUNDIDAD	<input type="text"/>
-------------------------	-------	----------------------	-------	----------------------	-------------	----------------------

FORMA	<input type="radio"/> REDONDA	<input type="radio"/> ALARGADA	<input type="radio"/> OVALADA	<input type="radio"/> PEDUNCULADA	<input type="radio"/> IRREGULAR
-------	-------------------------------	--------------------------------	-------------------------------	-----------------------------------	---------------------------------

NÓDULO LINFÁTICO REGIONAL AUMENTADO	<input type="radio"/> SI	<input type="radio"/> NO
-------------------------------------	--------------------------	--------------------------