

CÓDIGO CLIENTE	CENTRO VETERINARIO	POBLACIÓN	ETIQUETA	
PACIENTE	TUTOR/PROPIETARIO	MICROCHIP		
<input type="checkbox"/> perro <input type="checkbox"/> gato <input type="checkbox"/> otro _____	RAZA	FECHA DE NACIMIENTO		<input type="checkbox"/> macho <input type="checkbox"/> hembra <input type="checkbox"/> esterilizado
ORIGEN DE MUESTRA	OTROS DATOS			
Para un correcto diagnóstico, recuerde rellenar todos los datos relativos al paciente (raza, fecha de nacimiento, sexo ...)				

HISTOLOGÍA			
BIO1	Histología 1 lesión (excepto histología de globo ocular)	PCHC	Histología + Citología estándar o linfonodos + Cultivo microbiológico
BIO2	Histología 2 lesiones	BIO3	Histología 3 lesiones
BIO4	Histología 4 lesiones	BIO5	Histología 5 lesiones
BIO6	Histología 6 lesiones	PBOC	Histología globo ocular + Cultivo microbiológico
BICI	Histología + Citología estándar o linfonodos		

CITOLOGÍA GENERAL			
ASES	Citología estándar 1 localización	ASE2	Citología estándar 2 localizaciones
ASE3	3 localiz.	ASE4	4 localiz.
ASE5	5 localiz.	ASE6	6 localiz.
PC1C	Citología estándar o de linfonodos + Cultivo microbiológico		
P2CC	Citología estándar o de linfonodos + Cultivo microbiológico bilateral		

CITOLOGÍA FLUIDOS Y LAVADOS				
CFLU	Citología fluido biológico o lavado (humor acuoso o vítreo, quistes, abscesos...)		ELAC	Citología fluido biológico o lavado + Cultivo microbiológico
CFL2	Citología fluido biológico o lavado x 2			

OTRAS PRUEBAS O PERFILES (INDICAR CÓDIGO)

MATERIAL		OTROS EXÁMENES:	
Muestra remitida	<input type="checkbox"/> Globo ocular <input type="checkbox"/> Párpado <input type="checkbox"/> Membrana nictitante <input type="checkbox"/> Evisceración <input type="checkbox"/> Conjuntiva <input type="checkbox"/> Otras especificar:		
Lugar y región anatómica de la lesión:			
Número de lesiones:	<input type="checkbox"/> Ojo derecho	<input type="checkbox"/> Ojo izquierdo	
Presencia de glaucoma	<input type="checkbox"/> sí	<input type="checkbox"/> no	
¿Está el otro ojo afectado? <input type="checkbox"/> sí (indicar qué tiene)	<input type="checkbox"/> no		
Color del iris:			
HISTORIA CLÍNICA		Indicar sobre el esquema la localización de las lesiones	
Signos clínicos:			
Evolución de la lesión:			
Duración de la lesión:			
Recidiva: <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no			
Diagnóstico clínico/sospecha diagnóstica:			

IDEXX considera que el procesamiento adecuado de los datos personales es muy importante, y ha adoptado la política de privacidad que se puede encontrar en www.idexx.com/privacy

ESTA CARA ES PARA USO EXCLUSIVO DEL LABORATORIO

Número de botes:

Fecha:

ID de los botes:

Tallador:

Número de fragmentos:

HOJA DE TALLADO DE OJOS

TIPO DE MUESTRA RECIBIDA	<input type="checkbox"/> Ojo disecado	EL TALLADOR ELIMINA TEJIDO EXTRA	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
	<input type="checkbox"/> Ojo no disecado	OJO INCIDIDO/COLAPSADO	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
	<input type="checkbox"/> Ojo + MN	MEDIDAS	Pieza entera:	
	<input type="checkbox"/> Ojo + anejos		Ojo en sí:	

ORIENTACIÓN DE LA SECCIÓN	<input type="checkbox"/> V	<input type="checkbox"/> H	<input type="checkbox"/> O	<input type="checkbox"/> No orientable
POSICIÓN CRISTALINO	<input type="checkbox"/> OK	Lux/sublux:	<input type="checkbox"/> Afaquia/ausente	<input type="checkbox"/> LIO
		<input type="checkbox"/> Ant <input type="checkbox"/> Post		
CONSISTENCIA DEL VÍTREO	Normal: <input type="checkbox"/>			
	Solidificado: <input type="checkbox"/> Translúcido	<input type="checkbox"/> Opaco	<input type="checkbox"/> Hemorragia	<input type="checkbox"/> Purulento
	Liquefacto: <input type="checkbox"/> +	<input type="checkbox"/> ++	<input type="checkbox"/> +++	
DR	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> Desgarro	<input type="checkbox"/> N/V
EXCAVACIÓN NO	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> N/V	

LESIONES (solo rellenar si es pertinente)

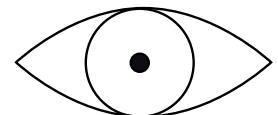
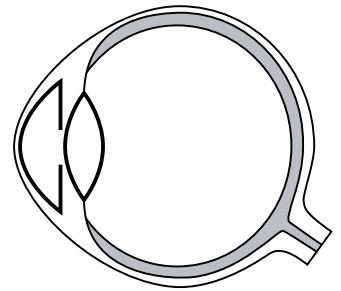
Anejos (párpado, NM, conjuntiva, órbita)

Córnea/Esclera

Úvea anterior y CA/CP

Cristalino

Segmento posterior



Secciones:	Bloques:	<input type="checkbox"/> IP <input type="checkbox"/> SIT
-------------------	-----------------	--