



ISTITUTO G. CAPORALE
TERAMO

ISTITUTO ZOOPROFILATTICO
SPERIMENTALE DELL'ABRUZZO
E DEL MOLISE G. CAPORALE
Campo Boario - 64100 Teramo
Telefono 0861 3321 - Fax 0861 332251
www.izs.it - wmaster@izs.it

SPAZIO RISERVATO ALL'ACCETTAZIONE

MODULO RICHIESTA ESAME

CITOLOGICO

ISTOLOGICO

RICHIEDENTE _____ **PROPRIETARIO** _____
Indirizzo _____ Comune _____
E-mail _____ Via/Località _____
Telefono _____ Telefono _____

Specie: Cane; Gatto; Altra _____ **Microchip/Tatuaggio** _____

Materiale: Neoformazione; Vetrino diagnostico Organo: _____

Identificazione campioni:

1 _____ 2 _____
3 _____ 4 _____ **Data Prelievo:** ____/____/____

DATI GENERALI DELL'ANIMALE

RAZZA _____; **ETÀ** ____ (ANNI) ____ (MESI); **PESO** (KG) _____

SESSO: M intero; M castrato F intera; F sterilizzata

AMBIENTE DI VITA: Appartamento; Giardino; Campagna; Canile/Gattile
 Ambiente con attività produttive (OFFICINA, CAPANNONE INDUSTRIALE, GARAGE, ECC.)

CONDUZIONE PREVALENTE: Libero; Alla catena; Randagio; Di quartiere

ALIMENTAZIONE: Casalinga; Commerciale; Mista; Non controllata

RESIDENZA (SE DIVERSA DA QUELLA DEL PROPRIETARIO): _____

DATI RELATIVI ALLA LESIONE

SEDE TOPOGRAFICA DEL PRELIEVO: _____

DESCRIZIONE DELLA LESIONE: _____

MODALITÀ DI PRELIEVO: Escissione totale; Escissione parziale; Biopsia; Agoaspirato;
 Impronta/Striscio su vetrino

DATI ONCOLOGICI (TNM)

T - Tumore primario; **N** - Coinvolgimento linfonodale; **M** - Metastasi

RECIDIVA; **RICHIESTA VALUTAZIONE DEI MARGINI?**: Sì; No

NOTE (SINTOMATOLOGIA, TERAPIE, INTERVENTI EFFETTUATI, PATOLOGIE CONCOMITANTI, DIAGNOSI SOSPETTA ECC.):

DATA _____

TIMBRO E FIRMA _____