

Кличка животного/Name:

Порода/Breed:

Дата рождения животного/Date of birth: Пол/Sex:

Владелец/Owner:

Город/City:

Адрес/Adress:

Контактное лицо, если в лабораторию обращается не владелец:

По направлению ветеринарной клиники:

E-mail: Телефон контактный/Phone number:

Дата отбора/Date:

Гистологическое исследование. Форма для дерматологии

4900.00 Гистологическое исследование глаза и окологлазничных тканей

Клиническая история, цитология, данные посевов на грибы и бактерии, результаты цитологии, прочая информация, укажите самое важное:

Отметьте, если присутствуют поражения, укажите локализацию поражения(й):

- | | | | | |
|---|--|----------------------------------|--------------------------------------|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Гиперпигментация | <input type="checkbox"/> Депигментация | <input type="checkbox"/> Эритема | <input type="checkbox"/> Лихенизация | <input type="checkbox"/> Нодулы |
| <input type="checkbox"/> Везикулы | <input type="checkbox"/> Папулы | <input type="checkbox"/> Пустулы | <input type="checkbox"/> Язвы | <input type="checkbox"/> Бляшки |

Прочие изменения:

Зуд: Нет В легкой степени Сильно выражен

Это сезонное поражение: Нет Да, пояснения

Отметьте, если подозревается опухоль:

Место расположения: Размер: Продолжительность роста:

- | | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Имеет чёткие границы | <input type="checkbox"/> Инкапсулирована | <input type="checkbox"/> Инфильтрирована |
| <input type="checkbox"/> Одна | <input type="checkbox"/> Несколько | |

Количество предоставленных образцов :

Лечение, используемые препараты, и был ли ответ на лечение:

Клинический(е) диагноз(ы)

Лист 1**Независимая Ветеринарная Лаборатория «ПОИСК»**

197375 Россия, Санкт-Петербург, улица Репищева, дом 13.
www.labpoisk.ru, телефон (812) 670-41-14, e-mail: lab@spbvet.com

Independent Veterinary Laboratory "POISK"

Repisheva street 13, Saint-Petersburg, Russia 197375
www.labpoisk.ru, tel. (812) 670-41-14, e-mail: lab@spbvet.com

