

<p>CITOPATOLOGÍA <input type="checkbox"/></p> <p>Localización de la(s) lesión(es): _____</p> <p>Líquido: sinovial <input type="checkbox"/> abdominal <input type="checkbox"/> torácico <input type="checkbox"/> pericárdico <input type="checkbox"/> LCR <input type="checkbox"/> Orina <input type="checkbox"/> Aspiración citológica con aguja delgada <input type="checkbox"/> ACAD guiada por ultrasonido <input type="checkbox"/> Impronta <input type="checkbox"/> Raspado <input type="checkbox"/> Biopsia <input type="checkbox"/> Necropsia <input type="checkbox"/> Fecha y hora de muestreo: _____ Descripción de la lesión: _____</p>	<p>HISTOPATOLOGÍA <input type="checkbox"/></p> <p>Biopsia Incisional <input type="checkbox"/> Biopsia Excisional <input type="checkbox"/> Necropsia <input type="checkbox"/> Órgano (s) o tejido (s): _____</p> <p>Región anatómica: _____</p> <p>Fijado en: _____</p> <p>Diagnóstico presuntivo: _____</p>
<p>NECROPSIA <input type="checkbox"/></p> <p>Murió <input type="checkbox"/> Eutanasia <input type="checkbox"/> Método de conservación del cadáver: Refrigeración <input type="checkbox"/> congelación <input type="checkbox"/> Método de eutanasia: _____ Fecha y hora de muerte: _____ Diagnóstico clínico presuntivo: _____</p> <p>Recuperar cenizas <input type="checkbox"/> Rabia (I.F.) <input type="checkbox"/> Moquillo (I.F.) <input type="checkbox"/> Otros: _____</p>	<p>INMUNOHISTOQUÍMICA <input type="checkbox"/></p> <p>Patólogo solicitante: _____</p> <p>Órgano o tejido: _____</p> <p>Fijado en: _____</p> <p>Tiempo de fijación: _____</p> <p>Pruebas: DVB <input type="checkbox"/> Parvovirus canino <input type="checkbox"/> Moquillo <input type="checkbox"/> Neosporosis <input type="checkbox"/> Toxoplasmosis <input type="checkbox"/> Parainfluenza <input type="checkbox"/> Citoqueratina <input type="checkbox"/> Vimentina <input type="checkbox"/> Anti-IgG canino <input type="checkbox"/> Triptasa <input type="checkbox"/> Adenovirus canino <input type="checkbox"/> Circovirus <input type="checkbox"/> Otras: <input type="checkbox"/> (especificar) _____</p> <p>Diagnóstico clínico o <i>posmortem</i>: _____</p>
<p>MICROSCOPIA ELECTRÓNICA <input type="checkbox"/></p> <p>Solicitante: _____</p> <p>Fijado en: _____</p> <p>Muestra(s) remitida(s) : _____</p> <p>Diagnóstico presuntivo: _____</p>	

Observaciones: _____

TIPO DE SERVICIO: Regular Urgente

Autorizo a la Universidad Nacional Autónoma de México hacer uso de la información que resulte del presente estudio, para fines de investigación, docencia y difusión.

Nombre y firma de autorización del solicitante _____