



UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI PERUGIA
DIPARTIMENTO DI MEDICINA VETERINARIA
OSPEDALE VETERINARIO UNIVERSITARIO DIDATTICO (OVUD)
Reparto di Laboratori Didattici — Re.La.Di.
Servizio di Patologia Veterinaria
Via San Costanzo, 4 — 06126 Perugia
Tel. 075/5857767-7739 — Fax 075/5857738

Data	Riservato accettazione
Numero	
Campione	

RICHIESTA DI ESAME ISTOLOGICO PER BIOPSIA OSSEA

PROPRIETARIO:

Nome e Cognome: _____
Indirizzo: _____
CAP e Città: _____
Tel: _____
Email: _____
Fatturare al proprietario: (indicare Cod. Fisc.
o Part. I.V.A.): _____

MEDICO VETERINARIO:

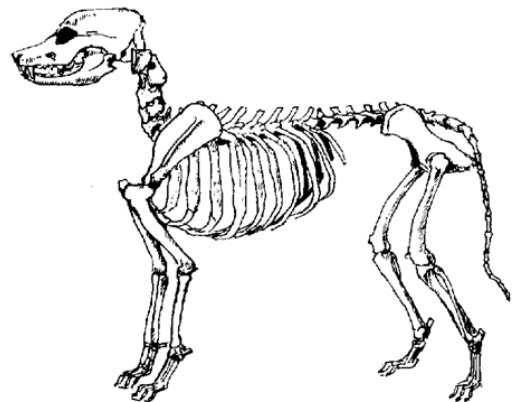
Nome e Cognome: _____
Indirizzo: _____
CAP e Città: _____
Tel: _____
Email: _____
Part. I.V.A.: _____
Cod. Fisc.: _____

SEGNALAMENTO:

Cane Gatto Equino Altro: _____
Razza: _____ Età: _____
Sesso: M F MC FS Peso (Kg): _____

Sede del prelievo: _____

Breve descrizione dei sintomi clinici: _____



Reperto radiografico: _____

ASPETTO DELLA LESIONE:

Sede: Indicare l'esatta localizzazione/distribuzione della/e lesione/i:

Coinvolge principalmente: epifisi metafisi diafisi altro: _____
 corticale periostio canale midollare altro: _____

Coinvolge inoltre: _____

Appare: litica proliferativa altro: _____
 monostotica poliostotica

Ha avuto una crescita: rapida lenta

TERAPIA Trattato? No Si

Quale farmaco? _____



UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI PERUGIA
DIPARTIMENTO DI MEDICINA VETERINARIA
OSPEDALE VETERINARIO UNIVERSITARIO DIDATTICO (OVUD)
Reparto di Laboratori Didattici — Re.La.Di.
Servizio di Patologia Veterinaria
Via San Costanzo, 4 — 06126 Perugia
Tel. 075/5857767-7739 — Fax 075/5857738

Data
Numero
Campione
Riservato
accettazione

RICHIESTA DI ESAME ISTOLOGICO PER BIOPSIA OSSEA

SEZIONE ONCOLOGICA

In caso di sospetta neoplasia indicare anche:

- T0- assenza di tumore primitivo
- T1- tumore confinante tra midollare e corteccia
- T2- tumore che si estende oltre la corteccia, fino al periostio
- T3-4- tumore che si estende oltre il periostio
- M0-assenza di metastasi
- M1-2-presenza di metastasi _____

Coinvolgimento linfonodale: Linfonodo/i interessato/i: _____

SEZIONE CLINICA – EMATOLOGICA

Condizioni generali dell'animale: _____

Eventuali alterazioni dei parametri ematici di interesse diagnostico: _____

Eventuali alterazioni dei parametri urinari di interesse diagnostico: _____

Diagnostica di laboratorio relativa ad enzimi, substrati, elettroliti, markers, di sindromi ossee e muscolari e/o eventuali altre sindromi (epatiche, ematologiche, ecc.): GOT e CK (muscolari), AP (ossea) etc.: _____

Altro: _____

I costi dei Servizi sono riportati nel Tariffario. Le tariffe riportate sono suscettibili di variazioni nei casi in cui vengano erogati in prestazioni complesse. Per questo si consiglia di consultare l'ufficio di Accettazione. Considerando la natura pubblica e di ricerca della presente struttura universitaria, i risultati delle analisi potrebbero essere utilizzati a scopo epidemiologico e di ricerca.

Data: ___ / ___ / ___ FIRMA VETERINARIO: _____

Data: ___ / ___ / ___ FIRMA PROPRIETARIO: _____

Il sottoscritto dichiara di aver ricevuto completa informazione ai sensi dell'art.13 del Dlgs. n.196/03 "Codice in materia di protezione dei dati personali", ed esprime la propria autorizzazione al trattamento dei dati personali esclusivamente ai fini degli adempimenti di legge connessi a norme civilistiche, fiscali, contabili e assicurativi relativi alla gestione amministrativa del rapporto in atto. Il trattamento dei da parte dell'istituto sarà, comunque, improntato a principi di correttezza, liceità e trasparenza, nonché di tutela della riservatezza e dei diritti del soggetto interessato.

FIRMA PROPRIETARIO: _____