



Δ/ση: Τρικάλων 224, ΚΑΡΔΙΤΣΑ, Τ.Κ. 43100, Τ.Θ. 199 - Τηλ.: 24410-66048, -66081, Fax: -66082

## ΠΑΡΑΠΕΜΠΤΙΚΟ ΣΗΜΕΙΩΜΑ

Ζητούμενη εξέταση: ιστοπαθολογική  κυτταρολογική

Στοιχεία Ιδιοκτήτη: .....

Είδος ζώου: ..... Φυλή: .....

Ηλικία: ..... Φύλο: .....

Είδος ιστού/ υλικού: .....

Ιστορικό: .....

Στοιχεία κλινικής εξέτασης & άλλων ειδικών εξετάσεων (π.χ. ακτινολογικά, αιματολογικά-βιοχημικά ευρήματα κλπ.):

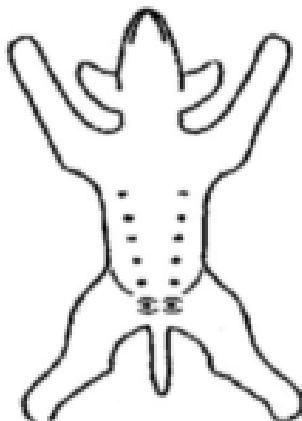
.....  
.....

Μακροσκοπική περιγραφή:

.....  
.....  
.....

Όγκοι μαστικών αδένων (σε πόσους και ποιους μαστούς, δεξιά/αριστερά).

Σημειώστε στο σχήμα.



ΣΚΥΛΟΣ



ΓΑΤΑ

Πιθανή κλινική διάγνωση: .....

Ημερομηνία: .....

Υπογραφή