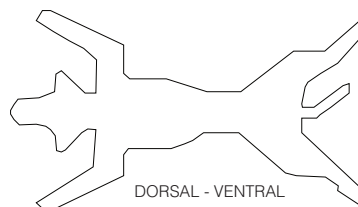


Solicitud de Biopsia / Citología

Etiqueta identificativa nº de análisis

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Biopsia | <input type="checkbox"/> Biopsia seguimiento |
| <input type="checkbox"/> Biopsia Endoscópica | <input type="checkbox"/> Citología |
| <input type="checkbox"/> Biopsia Ósea | <input type="checkbox"/> Citología Médula Ósea |
| <input type="checkbox"/> Biopsia Múltiple (3 o más muestras de tejidos diferentes) | |

(Signos clínicos, datos laboratoriales, radiografías / RMN / TAC, descripción de la/s lesión/es, terapias aplicadas, etc)



Diagnóstico Clínico

¿Existe biopsia previa?

- Sí (Indicar referencia) No

Biopsias Oncológicas

Tamaño de lesión/es:

___ x ___ x ___ cm ___ x ___ x ___ cm ___ x ___ x ___ cm

¿Existe linfadenopatía?

- Sí No

¿Es una lesión recurrente?

- Sí No

Tipo de Biopsia

- Incisional Excisional Endoscópica

Tipo de Cirugía

- Radical Parcial

Biopsias Dermatológicas

Lesiones primarias

- Mácula Vesícula Nódulo Ampolla Pápula Pústula Placa Roncha

Lesiones secundarias

- Escama Collarín Úlcera Erosión Costra Excoriación Comedones
 Quiste Absceso Hipopigmentación Hiperpigmentación Eritema
 Hiperqueratosis Callo Alopecia

Pruebas de laboratorio

- Lámpara de Wood Raspado Frotis Cultivo hongos
 Cultivo bacterias Antibiograma Hipersensibilidad Endocrinología