



SOLICITUD DE ESTUDIO HISTOPATOLÓGICO

DR. SERGIO FEOLI T

Paciente: SF -

Fecha : _____

*uso exclusivo

INFORMACIÓN DEL PACIENTE:

Nombre (Apellido, Nombre): _____ Fecha de nacimiento: _____ Edad: _____ Sexo: _____

Dirección: _____ Identificación _____

Teléfono: _____

INFORMACIÓN DEL DOCTOR:

Nombre del doctor: _____

Teléfono: _____ Correo electrónico: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____

Por favor enviar _____ kits de biopsia.

ANTECEDENTES CLÍNICOS

(Historia de la lesión, sintomatología asociada, antecedentes sistémicos, tiempo de evolución, etc)

DIAGNOSTICO PRESUNTIVO: _____.

FECHA DE LA BIOPSIA: _____

INFORMACIÓN CLÍNICA

Sitio de toma (biopsia): _____. Marcar en el diagrama

LESIONES DE TEJIDO BLANDO

☐ Color _____ ☐ Tamaño _____ ☐ Duración _____ ☐ Inflamado ☐ Ulcerado ☐ Indurado ☐ Fluctuante

LESIONES INTRAÓSEAS

☐ Radiolúcida ☐ Mixta ☐ Radiopaca ☐ Lesión Única ☐ Múltiple ☐ Quística ☐ Radiografía enviada Duración: _____

TIPO DE BIOPSIA

☐ Incisional ☐ Escisional

DISTRIBUCIÓN

☐ Única ☐ Múltiple ☐ Generalizada

Imágenes clínicas o radiográficas pueden enviarse electrónicamente a: dr.feoliteran@gmail.com

