







### НАПРАВЛЕНИЕ НА ЦИТОЛОГИЮ

Из клиники \_\_\_\_\_  
 ФИО врача \_\_\_\_\_  
 Телефон \_\_\_\_\_  
 Эл. почта \_\_\_\_\_

**ФИО**  
 владельца \_\_\_\_\_  
 Вид, кличка,   \_\_\_\_\_  
 Пол, порода   \_\_\_\_\_  
 Возраст \_\_\_\_\_

Дата направления материала: \_\_\_\_\_

« \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20\_\_

|                            |       |
|----------------------------|-------|
| Клинический диагноз:       | _____ |
| Дифференциальные диагнозы: | _____ |

**Локализация:**  
*орган, дорс./вентр. поверхность, лев./пр. сторона; какой л/у*  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

**Метод получения материала**  
*(нужно подчеркнуть)*  
 ТИБ    Мазок-отпечаток    Выпот    Синовиальный    Ликвор  
 Другое: \_\_\_\_\_

**Размер, форма, цвет, консистенция, наличие/отсутствие шерсти, связь с окружающими тканями, инвазия:**  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

**Количество стёкол:**  
*с указанием локализации*  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

**Распространение поражения**  
*(нужное подчеркнуть)*  
 Очаговое    Местно-распространённое    Многоочаговое  
 Диффузное    Другое: \_\_\_\_\_

**Поражение регионарных л/у и других органов:**  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

**Проводимое лечение и ответ на него:**  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

**Анамнез, в том числе об удалённых ранее н/о:**  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

**Результат ранее проведённых цитологий и гистологий:**  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_