

Nr HP
(wypełnia Zakład Patomorfologii Zwierząt)

SKIEROWANIE DO BADANIA HISTOPATOLOGICZNEGO GUZA GRUCZOŁU SUTKOWEGO PSA

Jednostka kierująca:

Lekarz kierujący (czytelnie imię i nazwisko):

Data wypełnienia skierowania:Data przyjęcia materiału:

DANE WŁAŚCICIELA:

Imię i nazwisko:

Adres:

Tel..... e- mail (czytelnie):.....

DANE PSA:

Wiek:..... Płeć:..... Rasa:..... Nazwa.....

GUZ SUTKA (lokalizacja /odpowiednią zaznaczyć/, wielkość - największa średnica w cm)

L1 wielkość.....cm, kształt....., powierzchnia(owrzodzenie, TAK/NIE*).....

czas trwania:..... szybkość wzrostu:.....przesuwalność:.....

konsystencja:.....guz pierwotny/wznowa*,po jakim czasie wystąpiła wznowa.....

L2 wielkość.....cm, kształt....., powierzchnia (owrzodzenie, TAK/NIE*).....

czas trwania:..... szybkość wzrostu:.....przesuwalność:.....

konsystencja:.....guz pierwotny/wznowa*,po jakim czasie wystąpiła wznowa.....

L3 wielkość.....cm, kształt....., powierzchnia (owrzodzenie, TAK/NIE*).....

czas trwania:..... szybkość wzrostu:.....przesuwalność:.....

konsystencja:.....guz pierwotny/wznowa*,po jakim czasie wystąpiła wznowa.....

L4 wielkość.....cm, kształt....., powierzchnia (owrzodzenie, TAK/NIE*).....

czas trwania:..... .szybkość wzrostu:.....przesuwalność:.....

konsystencja:.....guz pierwotny/wznowa*,po jakim czasie wystąpiła wznowa.....

L5 wielkość.....cm, kształt....., powierzchnia (owrzodzenie, TAK/NIE*).....

czas trwania:..... .szybkość wzrostu:.....przesuwalność:.....

konsystencja:.....guz pierwotny/wznowa*,po jakim czasie wystąpiła wznowa.....

P1 wielkość.....cm, kształt....., powierzchnia(owrzodzenie, TAK/NIE*).....

czas trwania:..... szybkość wzrostu:.....przesuwalność:.....

konsystencja:.....guz pierwotny/wznowa*,po jakim czasie wystąpiła wznowa.....

P2 wielkość.....cm, kształt....., powierzchnia (owrzodzenie, TAK/NIE*).....

czas trwania:..... szybkość wzrostu:.....przesuwalność:.....

konsystencja:.....guz pierwotny/wznowa*,po jakim czasie wystąpiła wznowa.....

P3 wielkość.....cm, kształt....., powierzchnia (owrzodzenie, TAK/NIE*).....

czas trwania:..... szybkość wzrostu:.....przesuwalność:.....

konsystencja:.....guz pierwotny/wznowa*,po jakim czasie wystąpiła wznowa.....

P4 wielkość.....cm, kształt....., powierzchnia (owrzodzenie, TAK/NIE*).....

czas trwania:..... .szybkość wzrostu:.....przesuwalność:.....

konsystencja:.....guz pierwotny/wznowa*,po jakim czasie wystąpiła wznowa.....

P5 wielkość.....cm, kształt....., powierzchnia (owrzodzenie, TAK/NIE*).....

czas trwania:..... .szybkość wzrostu:.....przesuwalność:.....

konsystencja:.....guz pierwotny/wznowa*,po jakim czasie wystąpiła wznowa.....

Inne uwagi:

Data mastektomii

Rtg płuc (czy wystąpiły przerzuty, TAK/NIE*) data badania rtg.....

Węzły chłonne (czy są kierowane do badania) TAK/NIE*

pachwinowe/pachowe/inne*.....Lewe/Prawe.....powiększone/zmienione TAK/NIE*

Czy był wykonywany zabieg owariohisterektomii TAK/NIE*

-w tym samym czasie, co zabieg wycięcia guza gruczołu sutkowego? TAK/NIE*

-kiedy?.....

Czy stosowano antykoncepcję? (TAK/NIE*, jakie środki).....

Czy było ropomacicze? (TAK/NIE*, kiedy).....

Czy była ciąża urojona? (TAK/NIE*, kiedy).....

Czy miała szczenięta co najmniej raz w życiu? (TAK/NIE*).....

Czy była kiedyś mastektomia? (TAK/NIE*, kiedy).....

„W związku z tym, że IMW SGGW jest jednostką naukową, przyjmuję do wiadomości i wyrażam zgodę, aby dane zwierzęcia (np. wiek, rasa), informacje kliniczne, pobrany od niego materiał tkankowy i wyniki badań były wykorzystane w celach naukowych (np. publikacje naukowe, referaty naukowe, granty, opracowania epidemiologiczne).” W/w zgoda jest warunkiem wykonania badania.”

Szanowny właścicielu, lekarzu kierujący

Zwracam się z prośbą o udzielenie informacji o stanie zdrowia psa po 2 latach od zabiegu mastektomii

(usunięcia guza/-ów gruczołu sutkowego): 1) jaki jest stan zdrowia psa? 2) czy wystąpiły przerzuty?

3) czy wystąpiła wznowa? 4) czy była stosowana chemioterapia? Zwracam się z prośbą o wyrażenie zgody na

możliwość kontaktu telefonicznego, listownego lub mailowego z Państwem w celu uzyskania powyższych

informacji. Zebrane informacje będą miały wartość poznawczą, pozwolą ocenić rokowanie, czas przeżywalności psów

po mastektomii. Ponadto będą stanowić bardzo cenne uzupełnienie prowadzonych przeze mnie od kilku lat badań

dotyczących nowotworów gruczołu sutkowego psów. Serdecznie dziękuję. dr hab. Izabella Dolka, Zakład Patologii

Zwierząt Katedra Patologii i Diagnostyki Weterynaryjnej, Wydział Medycyny Weterynaryjnej

SGGW w Warszawie, e-mail: izabella_dolka@sggw.edu.pl, tel. (0-22) 59 36 097

TAK, wyrażam zgodę,

NIE, nie wyrażam zgody,

Badanie na cito: TAK NIE, **Płatność:** gotówką w ZPZ, w KMZ, faktura

Odbiór wyniku: osobiście e-mail pocztą

Dane do faktury (Płatnik):

Dane korespondencyjne:

Lekarz kierujący (czytelnie imię i nazwisko):