

Nr HP
(wypełnia Zakład Patologii 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 **Typ 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, ile guzów, lokalizacja, czy było badanie HP).....

„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 roku i dwóch latach od zabiegu mastektomii (usunięcia guza/-ów gruczołu sutkowego): 1) jaki jest stan zdrowia psa?; jeżeli pies nie żyje: data śmierci, przyczyna śmierci -czy z powodu wznowy, przerzutów guza sutka? czy z innego powodu niż guz sutka, jakiego? 2) czy pojawił się guz w innym sutku?, czy wystąpiły przerzuty? 3) czy wystąpiła wznowa ? 4) czy była stosowana chemioterapia, radioterapia? 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, e-mail: izabella_dolka@sggw.edu.pl, tel. (0-22) 59 36 097 oraz lek. wet. Daria Jankowska (doktorantka) daria_jankowska@sggw.edu.pl, Zakład Patologii Zwierząt Katedra Patologii i Diagnostyki Weterynaryjnej, Instytut Medycyny Weterynaryjnej, SGGW w Warszawie.

Zwracam się z prośbą o wyrażenie zgody na możliwość kontaktu telefonicznego lub mailowego z Państwem w celu uzyskania powyższych informacji.

☐ 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):

(*niepotrzebne skreślić)