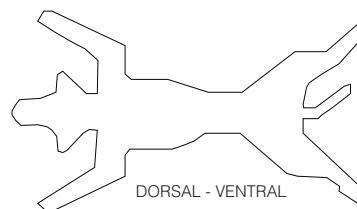


Solicitud de Biopsia / Citología

Etiqueta identificativa (Nº de Análisis)

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

(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 Escisional Endoscópica

Tipo de Cirugía Radical Parcial

Descripción Macroscópica (A rellenar por el Laboratorio)
