

## Solicitud de Biopsia / Citología

Etiqueta identificativa (Nº de Análisis)

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

(Signos clínicos, datos laboratoriales, radiografías / RMN / TAC, descripción de la/s lesión/es, terapias aplicadas, etc)

---

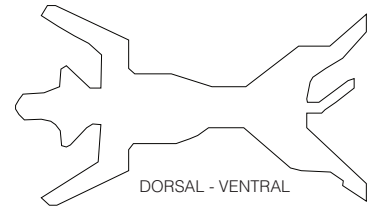
---

---

---

---

---



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  Excisional  Endoscópica

Tipo de Cirugía

- Radical  Parcial

Biopsias Dermatológicas

Lesiones primarias

- Ampolla  Mácula  Nódulo  Pápula  Placa  Pústula  Roncha  Vesícula

Lesiones secundarias

- Collarín  Escama  Úlcera  Erosión  Excoriación  Hipopigmentación  
 Quiste  Comedones  Absceso  Costra  Hiperqueratosis  Hiperpigmentación  
 Alopecia  Callo  Eritema

Pruebas de laboratorio

- Lámpara de Wood  Raspado  Frotis  Cultivo hongos  
 Cultivo bacterias  Antibiograma  Hipersensibilidad  Endocrinología