

## 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)

---

---

---

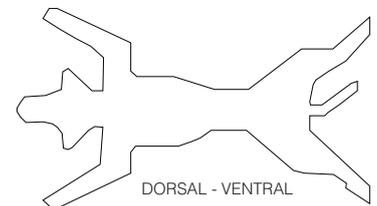
---

---

---

---

---



Diagnóstico Clínico

---

¿Existe biopsia previa?  Sí (Indicar referencia)  No

Biopsias Oncológicas

Tamaño de lesión/es:       x  cm       x  cm       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)

---

---

---

---

---

---

---

---