



Dr Catherine André et Clotilde de Brito
Laboratoire de Génétique et Développement
U.M.R 6061, Faculté de Médecine
2 avenue du Professeur Léon Bernard
35043 Rennes Cedex
02 23 23 45 09



**BADANIE KLINICZNE I EPIDEMIOLOGICZNE
MIĘSĄKA HISTIOCYTARNEGO/HISTIOCYTOZY ZŁOŚLIWEJ PSÓW**

LEKARZ WETERYNARII :

WŁAŚCICIEL:

DANE PSA :

IMIĘ / PRZYDOMEK :

NUMER TATUAŻU lub CHIP:..... **WIEK :**.....

PŁEĆ: PIES SUKA

STERYLIZACJA/ KASTRACJA: TAK NIE

ROZMNAŻANY TAK NIE ILOŚĆ MIOTÓW..... ILOŚĆ POTOMSTWA.....

DATA URODZENIA :..... **RASA :**..... **WAGA :**.....kg

MIĘSĄK HISTIOCYTARNY ROZPOZNANY POPRZEZ :

BADANIE HISTOPATOLOGICZNE CYTOPATOLOGICZNE INNE

LABORATORIUM:

STWIERDZONE PRZYPADKI ZACHOROWAŃ NA MIĘSĄKA HISTIOCYTARNEGO W RODZINIE:

TAK NIE NIE WIEM

INNE STWIERDZONE PRZYPADKI NOWOTWORÓW : TAK NIE NIE WIEM

TYP NOWOTWORU I RODZAJ POKREWIEŃSTWA:

.....

WYWIAD:

BYTOWANIE: DOM/MIESZKANIE NA ZEWNĄTRZ

KONTAKT Z INNYMI ZWIERZĘTAMI JAKIMI:.....

ŻYWIENIE: KARMA GOTOWA SUCHA KARMA GOTOWA MOKRA JEDZENIE DOMOWE

RAKOTWÓRCZE CZYNNIKI W OTOCZENIU: NIE TAK JAKIE:

SZCZEPHENIA: COROCZNE TAK NIE JEŚLI NIE , PROSZĘ PODAĆ CZĘSTOTLIWOŚĆ:

RODZAJE SZCZEPHENI:

.....

INNE REGULARNIE PRZYJMOWANE LEKI :

PRZECIW PASOŻYTOM ZEWNĘTRZNYM JAKIE:.....

.....

PRZECIW PASOŻYTOM WEWNĘTRZNYM JAKIE:.....

.....

INNE: przeciwzapalne, hormonalne JAKIE:

.....

PRZEBYTE CHOROBY (MOŻLIWIE PRZYBLIŻONE DATY) ważniejsze choroby z zaburzeniami systemu immunologicznego (szczególnie przewlekłe choroby przewodu pokarmowego, choroby autoimmunologiczne, dermatozy alergiczne, alergja pokarmowa, endokrynopatie, reaktywne histiocytozy, inne nowotwory np. histiocytoma, kulawizny):

.....

.....

CHOROBY ZAKAŻNE: BABESZJOZA LEISZMANIOZA INNE JAKIE:

OBJAWY I ROZPOZNAWANIE MIĘSAKA HISTIOCYTARNEGO

DATA ROZPOZNANIA:

OBJAWY OGÓLNE:

GORĄCZKA : TAK NIE NIE OCENIANO
BLADOŚĆ BŁON ŚLUZOWYCH: TAK NIE NIE OCENIANO
ŻÓŁTACZKA: TAK NIE NIE OCENIANO
ZABURZENIA ŁAKNIENIA: TAK NIE NIE OCENIANO
OSŁABIENIE: TAK NIE NIE OCENIANO
UTRATA MASY CIAŁA: TAK NIE NIE OCENIANO
WIELOMOCZ/NADMIERNE PRAGNIENIE : TAK NIE NIE OCENIANO

INNE:.....

OBJAWY KRAŻENIOWO-ODDECHOWE :

KASZEL : TAK NIE NIE OCENIANO
ZMIANY W OSŁUCHIWANIU PŁUC: TAK NIE NIE OCENIANO

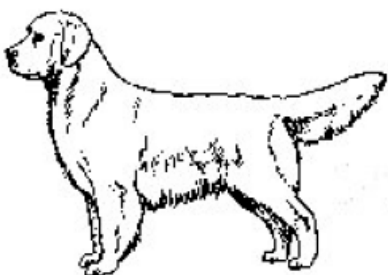
JAKIE :

ZMIANY W OSŁUCHIWANIU SERCA : TAK NIE NIE OCENIANO

JAKIE:

OBJAWY SKÓRNE :

PLAMKI/PŁYTKI: TAK NIE NIE OCENIANO
GUZKI: TAK NIE NIE OCENIANO
ZMIANY MNOGIE: TAK NIE NIE OCENIANO
LOKALIZACJA:



WIELKOŚĆ: < 5cm >5cm NIE OCENIANO

OWRZODZENIA: TAK NIE NIE OCENIANO

ŚWIĄD: TAK NIE NIE OCENIANO

ZAJĘCIE/WŁĄCZNIENIE TKANEK PRZYLEGAJĄCYCH : TAK NIE NIE STWIERDZONO

WIELE LOKALIZACJI MIĘSAKA W ORGANIZMIE? TAK NIE NIE OCENIANO

JEŚLI TAK, PODAĆ LOKALIZACJĘ: PŁUCA WĘZŁY CHŁONNE (wyszczególnić)

ŚLEDZIONA WĄTROBA INNE (wyszczególnić)

ROZPOZNANO POPRZEZ: LAPAROTOMIĘ RTG USG INNE JAKIE:

OBJAWY NEUROLOGICZNE :

OŚRODKOWY UKŁAD NERWOWY (ataksja, oczopląs, drgawki): TAK NIE NIE OCENIANO

JAKIE :

.....
OBWODOWY UKŁAD NERWOWY (niedowład, nietrzymanie moczu/kału, ból):

TAK NIE NIE OCENIANO JAKIE:

.....
INNE OBJAWY :

POWIĘKSZENIE WĘZŁÓW CHŁONNYCH : TAK NIE NIE OCENIANO

POWIĘKSZENIE ŚLEDZIONY: TAK NIE NIE OCENIANO

POWIĘKSZENIE WĄTROBY: TAK NIE NIE OCENIANO

OBJAWY Z PRZEWODU POKARMOWEGO: TAK NIE NIE OCENIANO

INNE:.....

WYNIKI BADAŃ KRWI

(Jeżeli istnieje taka możliwość prosimy o załączenie kopii badań)

ZMIANY PARAMETRÓW HEMATOLOGICZNYCH

Niedokrwistość: TAK NIE NIE OCENIANO

Neutrofilia: TAK NIE NIE OCENIANO

Limfopenia: TAK NIE NIE OCENIANO

Monocytoza: TAK NIE NIE OCENIANO

Małopłytkowość: TAK NIE NIE OCENIANO

ZMIANY PARAMETRÓW BIOCHEMICZNYCH

ALT: TAK NIE NIE OCENIANO

FOSFOTAZA ZASADOWA: TAK NIE NIE OCENIANO

GGT: TAK NIE NIE OCENIANO

AST: TAK NIE NIE OCENIANO

BILIRUBINA: TAK NIE NIE OCENIANO

FIBRYNOGEN: TAK NIE NIE OCENIANO

BIAŁKO CAŁKOWITE: TAK NIE NIE OCENIANO

MOCZNIK: TAK NIE NIE OCENIANO

KREATYNINA: TAK NIE NIE OCENIANO

Określić wartości dla parametrów biochemicznych nie mieszczących się w granicach normy:

.....
ZASTOSOWANE LECZENIE I JEGO WYNIKI

LECZENIE CHIRURGICZNE : TAK NIE JEŚLI TAK , Podać datę:

ZABIEG CHIRURGICZNY: DIAGNOSTYCZNY (BIOPSJA) LECZNICZY (USUNIĘCIE)

INNE ZASTOSOWANE LECZENIE : RADIOTERAPIA STERYDOTERAPIA CHEMIOTERAPIA

JEŚLI TAK, Podać nazwę leków i protokół leczenia:

.....
CZY PIES PADŁ/ZOSTAŁ Poddany eutanazji: TAK NIE JEŚLI TAK DATA:.....

.....
PRZYCZYNA ŚMIERCI:

