

| | | |
|------------------------------|--------|--|
| 의뢰병원 ID: <small>필수입력</small> | 수의사: | 보호자: |
| 병원명: | 환자 이름: | 종: <input type="checkbox"/> 개 <input type="checkbox"/> 고양이 <input type="checkbox"/> 기타 |
| 전화번호: | 품종: | 성: <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> NF <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> NM |
| 검사의뢰일: 20 년 월 일 | 나이: | 살 또는 생일(년 월 일) |

본인은 본 검사의뢰서를 아이덱스 래버러토리스에 송부함으로써 현재 유효한 IDEXX Reference Laboratories 일반약정의 내용을 읽고 이해하였으며, 그 적용을 받는 데에 동의하였음을 확인합니다.



조직병리학 검사

601 Biopsy (1 Site/Lesion) Tissues : 개

6012 Biopsy (2 Sites/Lesions)

6013 Biopsy (3 Sites/Lesions) Containers : 개

6014 Biopsy (4 Sites/Lesions)

7217 Complex Biopsy (*자동 적용되는 검체 조건을 검사안내서에서 반드시 확인해주세요)

8934 Dermatopathology (*피부조직 선택항목, 아래의 기술사항 필수 입력)

2종의 신규 항목에 대한 자세한 정보는 2021년 검사안내책자를 참고하세요

채취부위 site 필수입력 Skin Mammary GI Liver Uterus Ovary Testis Lymph nodes Other ()

채취방법 collection 필수입력 전적출 excisional 부분적출 incisional Trucut biopsy Punch biopsy Endoscopic biopsy

세포학 검사

605 Cytology (1 Site) Slides : 개

647 Cytology (2 Sites)

648 Cytology (3 Sites)

607 Bone Marrow Cytology CBC 결과 첨부 추천

채취부위 site 필수입력 Skin Mammary GI Liver Uterus Ovary Testis Lymph nodes Other ()

채취방법 collection 필수입력 FNA smear Imprint

8934 Dermatopathology 기술 사항

Sample source : Cutaneous/Subcutaneous 기타 (history란에 기술)

Sample type : Excisional Incisional

병변의 묘사 : Scales Alopecia Crusts Hyperpigmentation Depigmentation Erosion Ulcers Lichenification Wheals Erythema Fissures Bullae Macules Papules Nodules Collarettes Pustules Vesicles

Sample location : 오른쪽 그림에 표시

병력 : 임상증상, 지속기간, 병변의 분포, 기타 전신 증상 등 (history란에 기술)

IDEXX의 이전 진단 결과 : 이전 Accession (# :)

.....

기타 진단 결과 : (Cytology, endocrine, culture, allergy, biopsy, radiographs 등)

.....

소양감 : Yes [mild, moderate, severe] No

대칭성 : Yes No

이전 또는 현재의 치료 방법 및 치료 반응 :

임상적 감별 진단 :

병변의 Image 제출 : Yes (idexx-korea@idexx.com) No

이메일 제목 : 8934_병원ID_환자명_의뢰날짜
이메일 내용 : 사진 첨부 (case 당 최대 5장, JPEG 형식만 가능)

정보가 많으면 좀 더 정확한 진단에 접근할 수 있습니다

Surgical margin 확인 요청 (excisional biopsy)

- 의심되는 질병 또는 병변 :
- 기타 확인 요청 :

병변과 관련된 병력이나 임상증상, 현증 경과, 투약약물/치료 병력 등을 기술하세요 (가능하면 영어로)

.....

| | |
|--|---|
| 병변의 크기 <small>size</small> | cm X cm X cm |
| 병변의 성상 <small>character</small> | <input type="checkbox"/> 단독 single <input type="checkbox"/> 다발 multiple <input type="checkbox"/> 산재 diffuse <input type="checkbox"/> Hard <input type="checkbox"/> Soft <input type="checkbox"/> 낭성 cystic <input type="checkbox"/> 유동적 movable <input type="checkbox"/> 조직에 고정 fixed with(<input type="checkbox"/> 피부 skin <input type="checkbox"/> 근육 muscle) |
| 재발여부 <small>recurrence</small> | <input type="checkbox"/> 처음발생 first occurrence <input type="checkbox"/> 재발 recur (절제 후 · 완치 후) 년 월 경과 |
| 림프절종대 <small>LN Enlargement</small> | <input type="checkbox"/> Yes 림프절위치 : <input type="checkbox"/> No |



택배로 검체를 보내는 경우는 착불입니다

| | | |
|--------------------------|--------|--|
| 의뢰병원 ID: 필수입력 | 수의사: | 보호자: |
| 병원명: | 환자 이름: | 종: <input type="checkbox"/> 개 <input type="checkbox"/> 고양이 <input type="checkbox"/> 기타 |
| 전화번호: | 품종: | 성: <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> NF <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> NM |
| 검사의뢰일: 20 년 월 일 | 나이: | 살 또는 생일(년 월 일) |

본인은 본 검사의뢰서를 아이덱스 래버러토리스에 송부함으로써 현재 유효한 IDEXX Reference Laboratories 일반약정의 내용을 읽고 이해하였으며, 그 적용을 받는 데에 동의하였음을 확인합니다.



조직병리학 검사

601 Biopsy (1 Site/Lesion) Tissues : 개

6012 Biopsy (2 Sites/Lesions)

6013 Biopsy (3 Sites/Lesions) Containers : 개

6014 Biopsy (4 Sites/Lesions)

7217 Complex Biopsy (*자동 적용되는 검체 조건을 검사안내서에서 반드시 확인해주세요)

8934 Dermatopathology (*피부조직 선택항목, 아래의 기술사항 필수 입력)

2종의 신규 항목에 대한 자세한 정보는 2021년 검사안내책자를 참고하세요

채취부위 site 필수입력 Skin Mammary GI Liver Uterus Ovary Testis Lymph nodes Other ()

채취방법 collection 필수입력 전적출 excisional 부분적출 incisional Trucut biopsy Punch biopsy Endoscopic biopsy

세포학 검사

605 Cytology (1 Site) Slides : 개

647 Cytology (2 Sites)

648 Cytology (3 Sites)

607 Bone Marrow Cytology CBC 결과 첨부 추천

채취부위 site 필수입력 Skin Mammary GI Liver Uterus Ovary Testis Lymph nodes Other ()

채취방법 collection 필수입력 FNA smear Imprint

8934 Dermatopathology 기술 사항

Sample source : Cutaneous/Subcutaneous 기타 (history란에 기술)

Sample type : Excisional Incisional

병변의 묘사 : Scales Alopecia Crusts Hyperpigmentation Depigmentation Erosion Ulcers Lichenification Wheals Erythema Fissures Bullae Macules Papules Nodules Collarettes Pustules Vesicles

Sample location : 오른쪽 그림에 표시

병력 : 임상증상, 지속기간, 병변의 분포, 기타 전신 증상 등 (history란에 기술)

IDEXX의 이전 진단 결과 : 이전 Accession (# :)

.....

기타 진단 결과 : (Cytology, endocrine, culture, allergy, biopsy, radiographs 등)

.....

소양감 : Yes [mild, moderate, severe] No

대칭성 : Yes No

이전 또는 현재의 치료 방법 및 치료 반응 :

임상적 감별 진단 :

병변의 Image 제출 : Yes (idexx-korea@idexx.com) No

이메일 제목 : 8934_병원ID_환자명_의뢰날짜
이메일 내용 : 사진 첨부 (case 당 최대 5장, JPEG 형식만 가능)

정보가 많으면 좀 더 정확한 진단에 접근할 수 있습니다

Surgical margin 확인 요청 (excisional biopsy)

- 의심되는 질병 또는 병변 :
- 기타 확인 요청 :

병변과 관련된 병력이나 임상증상, 현증 경과, 투약약물/치료 병력 등을 기술하세요 (가능하면 영어로)

.....

.....

병변의 크기 size cm X cm X cm

병변의 성상 character 단독 single 다발 multiple 산재 diffuse Hard Soft 낭성 cystic 유동적 movable 조직에 고정 fixed with(피부 skin 근육 muscle)

재발여부 recurrence 처음발생 first occurrence 재발 recur (절제 후 · 완치 후) 년 월 경과

림프절종대 LN Enlargement Yes 림프절위치 : No



택배로 검체를 보내는 경우는 착불입니다