



邮寄地址：南京市浦口区星火路
10号C座人才大厦11楼
博敏达生物科技
联系电话：（025）58505153

宠物病理样本送检单

检测编号/条形码



基本信息

医院地址：_____
地址：_____
医师姓名：_____
接收报告邮箱：_____
联系电话：_____

宠物及主人信息

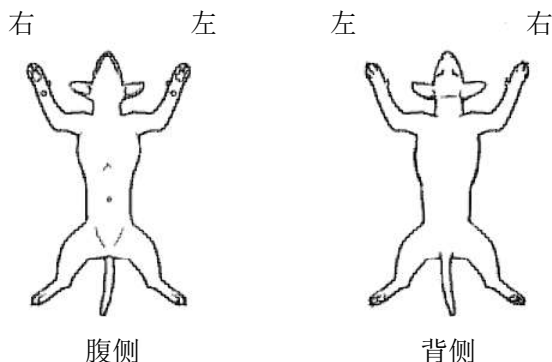
主人姓名：_____
联系电话：_____
宠物类别：☐犬 ☐猫 其它_____
名字：_____品种：_____年龄：_____
性别：☐雄 ☐雌 绝育：☐是 ☐否

样本基本信息

采样部位：_____（下图详细标注） 日期：____年__月__日
肿块大小：_____（cm*cm*cm）☐全部切除 ☐部分切除
肿块生长：☐单发 ☐多发 ☐复发 其他_____
☐脱毛 ☐未脱毛 ☐瘙痒 ☐无瘙痒
肿块形态：☐菜花状 ☐乳头状 ☐结节状 其他_____
肿块触感：☐软（如脸颊） ☐中（如鼻尖） ☐硬（如额头）
肿块活动度：☐好 ☐差
肿块色泽：☐红色 ☐黑色 ☐其他_____
肿块边界：☐无包膜 ☐有包膜 ☐未浸润 ☐浸润
旁侧淋巴：☐未累及 ☐已累及 ☐不清楚 其他_____
其他备注：_____

判读要求：

☐细胞病理 ☐组织病理
☐皮肤刮片 ☐国内判读
☐肿物穿刺 ☐国际判读
☐积液涂片 ☐皮肤组织
☐其他组织



☐免疫组化：肥大细胞瘤 c-kit

☐分子病理：PARR（PCR 抗原受体基因重排）：明确以及区分 T 型和 B 型淋巴瘤

临床病史（请将临床照片发送至电子邮箱：path@biominda.com）：

怀疑的诊断：

1. _____
2. _____
3. _____

想要解决的问题：

1. _____
2. _____
3. _____

实验室验收

样本质量：☐合格

☐不合格：☐包装破损 ☐样本量不足 其它_____

收样日期：_____

签字：_____

病理检测