



Lab No.

Date

Stone Analysis Submission Form

Hospital / Clinic Owner's NameAnimal's Name HN No.

Species Canine Feline Breed Sex Male MC Female FS Age

ประวัติการรักษา

- สัตว์เลี้ยงของท่านเคยได้รับการผ่าตัดนิ่วหรือไม่
 เคย ไม่เคย ไม่ทราบ
 วันที่.....เป็นนิ่วชนิด.....
 วันที่.....เป็นนิ่วชนิด.....
- ในการเกิดนิ่วครั้งที่ผ่านมา พบนิ่วหลุดออกมาทางปัสสาวะหรือไม่
 พบ ไม่พบ
- ในระยะ1เดือนที่ผ่านมา มีการเพาะเชื้อจากปัสสาวะหรือไม่
 มี ไม่มี
 หากเพาะเชื้อ มีการเจริญเติบโตของแบคทีเรียหรือไม่
 มี ไม่มี
 หากเกิดเชื้อแบคทีเรีย ระบุ.....
- สัตว์เลี้ยงได้รับยาปฏิชีวนะภายในระยะเวลา 1 เดือน ก่อนการเกิดนิ่วหรือไม่
 ได้รับ ไม่ได้รับ
 หากได้รับโปรดระบุชนิดยา และปริมาณที่ใช้

- พบโรคหรือความผิดปกติใดๆ ตามมาอีกหรือไม่
 ไม่พบปัญหา
 Portal Vascular Anomalies
 Leishmaniasis
 Previous Urinary Tract Surgery
 Renal Failure
 Hypercalcemia
 Seizure
 Unknown
 Others.....

แหล่งที่มาของนิ่ว

Upper Urinary

Kidney Ureter

Lower Urinary Tract

Bladder Urethra Voied

Others

Biliary Unknown

ลักษณะนิ่ว

ขนาดเฉลี่ย.....mm

พื้นผิว

เรียบ ขรุขระ อื่นๆ.....

จำนวน

1 เม็ด 2-5เม็ด >5เม็ด

X-ray

ทึบรังสี โปร่งรังสี ไม่ได้ทำ

วิธีการเก็บตัวอย่าง

Surgical Owner Obtained

Voied Necropsy

Catheter Unknown

วันที่เก็บตัวอย่าง.....

วันที่สัตว์เริ่มแสดงอาการ.....

อาหาร

อาหารส่วนใหญ่ที่สัตว์เลี้ยงทานก่อนเกิดนิ่วในระยะเวลา3เดือน

อาหารปรุงเองระบุ.....

ขนมอื่นๆ ระบุ.....

อาหารสูตรรักษาโรค
 ระบุชื่อ.....

ลักษณะอาหาร

แบบเม็ด แบบกระป๋อง