

**MICROVET****FICHA DE SOLICITAÇÃO DE EXAMES LABORATORIAIS**

Avenida Joaquim Lopes de Faria, 730 - Bairro Santo Antonio - Viçosa - MG CEP 36570-000

Tel.: (31) 3891-2551 - microvet@microvet.com.br

CLIENTE:

Nome: _____ E-mail: _____

Endereço p/ correspondência: _____

Propriedade: _____ E-mail: _____

Endereço : _____

Cidade: _____ UF: _____ CEP: _____ Telefax: _____

CNPJ/CPF: _____ Insc. Prod.: _____

VETERINÁRIO RESPONSÁVEL:

Nome: _____ E-mail: _____ CRMMV: _____

Empresa: _____

Endereço: _____

Cidade: _____ UF: _____ CEP: _____ Telefax: _____

HISTÓRICOEspécie: _____ /Idade: _____ Sexo: M F / Peso: _____ Setor: _____

Histórico: _____

Quando o problema foi primeiramente observado? _____

Sintomas clínicos : _____

Achados de necropsia: _____

Detalhes do tratamento: _____

Histórico de vacinação: _____

Diagnóstico de campo: _____

Alterações *Postmortem* no momento do exame: _____

MAT. ENVIADO	QUANTIDADE	CONSERVAÇÃO		MAT. ENVIADO	QUANTIDADE	CONSERVAÇÃO	
		Formol	Refrigerado			Formol	Refrigerado
<input type="checkbox"/> Animal Vivo	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Linfonodo	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Animal Morto	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Conteúdo Estomacal	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Feto	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Fezes	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Coração	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Sangue Coagulado	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Rim	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Sangue Não Coagulado	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Fígado	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Soro	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Intestino	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Urina	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Estômago	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Água	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Pulmão	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Cabeça/Cérebro	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Baço	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Swab _____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Focinho	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Outros _____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

EXAMES REQUISITADOS					
<input type="checkbox"/> Antibiograma	<input type="checkbox"/> Histopatologia	<input type="checkbox"/> PCR	<input type="checkbox"/> Sorotipagem	<input type="checkbox"/> Sorologia (<i>Preencher o quadro no verso</i>)	
<input type="checkbox"/> Bacteriologia	<input type="checkbox"/> Necropsia	<input type="checkbox"/> Parasitologia	<input type="checkbox"/> Teste dermonecrose	<input type="checkbox"/> Outros _____	

Enviar resultados para: <input type="checkbox"/> Proprietário <input type="checkbox"/> Veterinário Via: <input type="checkbox"/> E-mail <input type="checkbox"/> Fax <input type="checkbox"/> Correio Enviar cobrança para: <input type="checkbox"/> Proprietário <input type="checkbox"/> Veterinário <input type="checkbox"/> Empresa <input type="checkbox"/> Outros _____	Data de Coleta: ____/____/____ Data de Envio: ____/____/____ <p style="text-align: center;">Assinatura do Veterinário CRMV</p>
---	--