

SOLICITAÇÃO DE EXAMES - EQUINOS

Nome Propriedade: _____ Município/UF: _____

Nome Proprietário: _____ WhatsApp:(_____)

E-mail para envio de resultados: _____

PARTICULAR **CONVÊNIO** **Nome do Convênio:** _____

Responsável pagamento: _____ Técnico do Convênio: _____

E-mail: _____ E-mail: _____

Telefone: _____ Telefone: _____

Assinatura: _____ **Data da Coleta:** _____

MT - MATERIAL ENVIADO PARA O EXAME (TIPO DE AMOSTRA) / QTD - QUANTIDADE DE MATERIAL ENVIADA

Sanidade Animal

() Anaplama - PCR: MT _____ QTD _____	() Herpesvírus equino tipo 4 - PCR: MT _____ QTD _____
() Arterite Viral - PCR: MT _____ QTD _____	() Herpesvírus equino - Virusneutralização: Soro - QTD _____
() Arterite Viral - Virusneutralização: Soro - QTD _____	() Leptospirose - SAM: Soro - QTD _____
() Babesia caballi + T equi - PCR: MT _____ QTD _____	() Leptospira spp. - PCR: MT _____ QTD _____
() Babesia equi - PCR: MT _____ QTD _____	() Painel Neurotoxina Botulínica: MT _____ QTD _____
() Brucelose Equina - RIFI: Soro - QTD _____	() Rhodococcus - PCR: MT _____ QTD _____
() Encefalomielite equina - Virusneutralização: Soro - QTD _____	() Streptococcus equi - PCR: MT _____ QTD _____
() Encefalomielite equina - PCR: MMT _____ QTD _____	() Toxoplasmose - RIFI: Soro - QTD _____
() Herpesvírus equino tipo 1 - PCR: MT _____ QTD _____	() Outros: _____ : MT _____ QTD _____
() Herpesvírus equino tipo 4 - PCR: MT _____ QTD _____	() Outros: _____ : MT _____ QTD _____

Diarreia

() Eimeria (OOPG) + OPG - MacMaster: QTD _____

() E.coli enteropatogênica + Salmonella - Cultura: QTD _____

() E.coli enteropatogênica - Cultura: QTD _____

() Salmonella spp.- Cultura: QTD _____

Análises Clínicas, Microbiologia e Patologia

() Hemograma: QTD _____	() Cultura Bactérias: MT _____ QTD _____
() Pesquisa Hemoparasitas: MT _____ QTD _____	() Cultura Fungos: MT _____ QTD _____
() Fibrinogênio: QTD _____	() Cultura Bactérias + Fungos: MT _____ QTD _____
() Micológico direto: MT _____ QTD _____	() ATB: MT _____ QTD _____
() Creatinina: Soro - QTD _____	() Histopatológico: MT _____ QTD _____
() Fosfatase Alcalina: Soro - QTD _____	() Necropsia: Feto - _____ Kg QTD _____
() Gama GT: Soro - QTD _____	() Painel Metais Pesados: MT _____ QTD _____
() Proteínas Totais: Soro - QTD _____	() Painel Micotoxinas: MT _____ QTD _____
() TGP (ALT): Soro - QTD _____	() Painel Toxicológico: MT _____ QTD _____
() TGO (AST): Soro - QTD _____	() Outros: _____ : MT _____ QTD _____
() Ureia: Soro - QTD _____	() Outros: _____ : MT _____ QTD _____

OBSERVAÇÕES:

ÁREA DE USO EXCLUSIVO DO LABORATÓRIO

UNIDADE: _____ FICHA ENTRADA: _____ DATA ENTRADA: _____ DATA ENVIO: _____

MATRIZ _____ FICHA ENTRADA: _____ DATA ENTRADA: _____